

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico
I (Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)**



TESIS DOCTORAL

Adaptación psicométrica de los cuestionarios "Trauma Symptom Checklist for Children" (TSCC) y "Trauma Symptom Checklist for Young Children" (TSCYC) en una muestra española de víctimas de abuso sexual infantil

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Francisco González García

Directores

**María Elena de la Peña Fernández
José Manuel Andreu Rodríguez**

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I



TESIS DOCTORAL

Adaptación psicométrica de los cuestionarios “Trauma Symptom Checklist for Children” (TSCC) y “Trauma Symptom Checklist for Young Children” (TSCYC) en una muestra española de víctimas de abuso sexual infantil

D. FRANCISCO GONZÁLEZ GARCÍA

Directores:

Prof. Dra. María Elena de la Peña Fernández

Prof. Dr. José Manuel Andreu Rodríguez

Madrid, 2015

A mi familia,

a Ana,

Y a los que creen en mis deseos e ilusiones y me animan a cumplirlas
día a día

AGRADECIMIENTOS

Quisiera dejar constancia de la ayuda inestimable ofrecida por el equipo de profesionales de la asociación “con palabras” y en especial a la Dra. Ana M^a Magaz, sin ellos esta investigación no habría sido posible.

A los directores de tesis por sus orientaciones, ánimos, correcciones y paciencia en todo el proceso de elaboración del presente proyecto.

A quien me acompañó y me ayudó emocionalmente en todo este tiempo.

A quien me ofreció su ayuda desinteresada para las revisiones y correcciones en las traducciones y retrotraducciones efectuadas entre el Español y el Inglés.

A David Finkelhor y Noemí Pereda por las primeras orientaciones ofrecidas en el seminario “infancia sin violencia” celebrado el 27 y 28 de septiembre de 2012, organizado por Save the Children en Madrid.

A Josep Ramón Juárez López por sus consejos respecto a matices acerca de la investigación; gracias por la cercanía, accesibilidad e interés mostrado.

A Judith Cohen, David Finkelhor, Jeffrey N. Wherry, Kathleen Coulborn, Eve Carlson, por la ayuda prestada al facilitarme artículos científicos o material de difícil acceso.

Y por supuesto, a todas aquellas familias, niños, niñas y adolescentes que participaron desinteresadamente en la investigación.

A todos ellos, gracias.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	I
Tablas.....	I
Figuras	XIV
RELACIÓN DE ABREVIACIONES Y ACRÓNIMOS.....	XV
RESUMEN	XIX
ABSTRACT	XXXI
CAPITULO I – ABUSO SEXUAL INFANTIL Y OTROS MALOS TRATOS EN LA INFANCIA	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Conceptualización del abuso sexual infantil como tipo de maltrato	2
1.3. Los abusos sexuales infantiles en cifras.....	12
1.4. Variables de riesgo asociadas al abuso sexual infantil	19
Personales	19
Familiares	20
Sociales.....	21
Dinámicas / Relacionales	21
1.5. Modelos teóricos explicativos del abuso sexual infantil.....	24
1.6. Protección jurídica de los menores víctimas y marco legal de los delitos contra la libertad e indemnidad sexual infantil.	26
CAPITULO II – VICTIMOLOGÍA Y PROCESOS DE VICTIMIZACIÓN	37
2.1. Victimización infantil.	37
2.2. Polivictimización.	44
2.3. Victimología del desarrollo.....	50
2.4. El proceso de victimización sexual infantil.	52
2.5. El proceso de revelación.	58
CAPITULO III – CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL	63
3.1. Introducción	63
3.2. Trastorno por estrés postraumático (TEPT).....	65
3.3. Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) o Trauma Complejo .	68
3.4. Trastornos disociativos	70

3.5.	Depresión	75
3.6.	Ideación y conducta suicida	76
3.7.	Trastorno de la conducta alimentaria (TCA)	78
a.	Anorexia Nerviosa	78
b.	Bulimia Nerviosa	78
c.	Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE)	79
3.8.	Trastornos de personalidad (TP)	82
3.9.	Autolesiones no suicidas	85
3.10.	Conductas sexualizadas	87
3.11.	Conclusiones	91
CAPITULO IV – EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN EL ABUSO SEXUAL INFANTIL		95
4.1.	Introducción	95
4.2.	Perspectivas en la evaluación psicológica de menores víctimas de abuso sexual infantil.	96
4.3.	El abordaje clínico-forense.	99
4.4.	Orientaciones y recomendaciones sobre la selección y uso de instrumentos de evaluación.	100
4.5.	Recomendaciones metodológicas para la evaluación psicológica de menores víctimas.	106
4.6.	Pruebas psicométricas para la evaluación del abuso sexual infantil.	109
4.7.	La entrevista como herramienta de evaluación psicológica ante la sospecha de abusos sexuales.	111
4.8.	Revisión de instrumentos de evaluación.	112
4.9.	Modelos integrados para la evaluación psicológica de la victimización sexual infantil.	118
4.10.	Consideraciones finales.	121
4.11.	Precauciones y contraindicaciones.	123
CAPITULO V – EL TRAUMA SYMPTOM CHECKLIST FOR CHILDREN (TSCC) Y EL TRAUMA SYMPTOM CHECKLIST FOR YOUNG CHILDREN (TSCYC) .		125
5.1.	Introducción	125
5.2.	Una revisión de estudios sobre las pruebas TSCC y TSCYC	126
5.2.1.	Utilidad clínico-forense del TSCC	127
5.2.2.	Utilidad científica del TSCC	130
5.2.3.	Una revisión sobre los estudios de adaptación psicométrica del TSCC .	130

5.2.4.	Estudios sobre las cualidades psicométricas del TSCYC	136
5.2.5.	Una revisión sobre los estudios de adaptación psicométrica del TSCYC	140
5.2.6.	El TSCYC-SF: Una propuesta sobre una versión reducida del TSCYC	144
CAPÍTULO VI –ADAPTACIÓN PSICOMÉTRICA DE LAS PRUEBAS TSCC Y TSCYC		149
6.1.	Justificación de la investigación	149
6.2.	Objetivos e hipótesis	154
6.3.	Participantes y descripción de la muestra.	156
6.4.	Diseño	179
6.5.	Instrumentos de medida.	180
a.	Trauma Symptom Checklist for Children – TSCC (Briere, 1996).	183
b.	Trauma Symptom Checklist for Young Children – TSCYC (Briere, 2005).	186
c.	Juvenile Victimization Questionnaire – JVQ – Spanish Version (Hamby, Finkelhor, Ormrod y Turner, 2006).	189
d.	Parent Emotional Reaction Questionnaire – PERQ (Cohen y Mannarino, 1996)	190
e.	Child Behaviour Checklist - CBCL (Achenbach y Rescorla, 2001).	191
f.	Youth Self Report - YSR (Achenbach y Rescorla, 2001).	193
g.	Adolescent Dissociative Experiences Scale - A-DES (Armstrong, Putnam, Carlson, Libero y Smith, 1997).	196
h.	Child Dissociative Checklist - CDC (Putnam, 1990).	196
i.	Protocolo estructurado para la recogida de datos descriptivos de la muestra.	197
6.6.	Procedimiento	198
6.7.	Análisis de datos	200
6.8.	Resultados	202
6.8.1.	Resultados para el TSCC	202
6.8.1.1.	Análisis factorial para la estructura teórica subyacente del TSCC	203
6.8.1.2.	Coeficiente alfa de Cronbach para la consistencia interna del TSCC.	223
6.8.1.3.	Coeficientes de correlación para la validez concurrente del TSCC con el CBCL y el YSR	246
6.8.1.4.	Validez discriminante para el análisis de diferencias por edad, género y ser o no menor polivictimizado.	252
6.8.2.	Resultados para el TSCYC	263
6.8.2.1.	Análisis de la estructura factorial de las escalas clínicas del TSCYC.	263

6.8.2.2.	Coeficiente alfa de Cronbach para la consistencia interna del TSCYC	287
6.8.2.3.	Coeficientes de correlación para la validez concurrente del TSCYC con el CBCL y el TSCC	324
6.8.2.4.	Validez discriminante para el análisis de diferencias por edad, género y ser o no menor polivictimizado.	331

CAPÍTULO VII–DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	343
7.1. Discusión.....	343
7.2. Conclusiones.	357
7.3. Limitaciones.....	359
7.4. Líneas futuras de investigación.....	360
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	361

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tablas

Tabla 1 – <i>Tipos de malos tratos en la infancia</i>	3
Tabla 2 – <i>Falsas creencias sobre el abuso sexual infantil.</i>	5
Tabla 3 – <i>Incidencia de malos tratos infantiles en EE.UU. durante el año 2013.</i>	16
Tabla 4 – <i>Comparativa de la incidencia de malos tratos infantiles en EE.UU. entre los años 2009 y 2013.</i>	17
Tabla 5 – <i>Denuncias de menores de 18 años víctimas de delitos contra la libertad sexual (Gabinete de Estudios de Seguridad Interior. Secretaría de Estado de Seguridad del Ministerio del Interior; Cuerpo Nacional de Policía y Guardia Civil).</i>	18
Tabla 6 – <i>Factores de protección y de vulnerabilidad del abuso sexual infantil.</i>	22
Tabla 7 - <i>Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil (elaboración propia a partir de Pereda, 2009).</i>	92
Tabla 8 - <i>Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil (elaboración propia a partir de Pereda 2010).</i>	93
Tabla 9 – <i>Diferencias entre la evaluación forense y la evaluación clínica.</i>	98
Tabla 10 – <i>Revisión de pruebas para la valoración psicológica y la victimización en casos de abuso sexual infantil (elaboración propia).</i>	113
Tabla 11 – <i>Estadísticos descriptivos de la muestra distribuida por subgrupos.</i>	158

Tabla 12 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable sexo.</i>	158
Tabla 13 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable origen de los menores.</i>	159
Tabla 14 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable tiempo de residencia en España (expresado en meses).</i>	160
Tabla 15 – <i>Media de tiempo de residencia en España (expresado en meses).</i>	161
Tabla 16 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable edad.</i>	161
Tabla 17 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable edad distribuida por grupos.</i>	162
Tabla 18 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable entorno de convivencia de la víctima.</i>	162
Tabla 19 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable frecuencia del abuso.</i>	163
Tabla 20 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable severidad del abuso.</i>	163
Tabla 21 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable uso de violencia.</i>	164
Tabla 22 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable convivencia con el agresor.</i>	164
Tabla 23 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable polivictimización.</i>	165
Tabla 24 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable tipos de polivictimización.</i>	166
Tabla 25 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable interposición de denuncia.</i>	166
Tabla 26 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable denunciante.</i>	167
Tabla 27 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable denunciante familiar.</i>	167
Tabla 28 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable denunciante no familiar.</i>	168

Tabla 29 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable denuncias anteriores por Abuso Sexual Infantil.</i>	168
Tabla 30 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable sexo del agresor.</i>	169
Tabla 31 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable tipo de agresor.</i>	169
Tabla 32 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable relación intrafamiliar con el supuesto agresor.</i>	170
Tabla 33 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable relación extrafamiliar con el supuesto agresor.</i>	170
Tabla 34 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable ASI ejercido por pares con diferencia de edad.</i>	171
Tabla 35 - <i>Estadísticos descriptivos para la variable abuso sexual entre iguales.</i>	171
Tabla 36 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes penales del supuesto agresor.</i>	172
Tabla 37 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable tipo de antecedentes penales del supuesto agresor.</i>	172
Tabla 38 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes familiares.</i>	173
Tabla 39 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes familiares de salud mental.</i>	173
Tabla 40 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes familiares de consumo de alcohol y/o drogas.</i>	174
Tabla 41 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes familiares de déficit intelectual.</i>	174
Tabla 42 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable ausencia de figura paterna.</i>	174

Tabla 43 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable ausencia de figura materna.</i>	175
Tabla 44 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes familiares de malos tratos.</i>	175
Tabla 45 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable dinámica familiar disfuncional.</i>	176
Tabla 46 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes penales en la familia.</i>	176
Tabla 47– <i>Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes familiares de pobreza o precariedad económica.</i>	176
Tabla 48 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes de ASI en la familia.</i>	177
Tabla 49 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable tipo de ASI en el entorno familiar.</i>	178
Tabla 50 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable orden de alejamiento.</i>	178
Tabla 51 – <i>Estadísticos descriptivos para la variable causa con preso.</i>	178
Tabla 52 – <i>Comunalidades para cada ítem de la escala Ansiedad.</i>	203
Tabla 53 – <i>Varianza total explicada para la escala Ansiedad.</i>	204
Tabla 54 – <i>Matriz de componentes rotados para la escala Ansiedad.</i>	206
Tabla 55 – <i>Comunalidades para cada ítem de la escala Depresión.</i>	207
Tabla 56 – <i>Varianza total explicada para la escala Depresión.</i>	208
Tabla 57 – <i>Matriz de componentes rotados para la escala Depresión.</i>	209
Tabla 58 – <i>Comunalidades para cada ítem de la escala Ira.</i>	210
Tabla 59 – <i>Varianza total explicada para la escala Ira.</i>	211
Tabla 60 – <i>Matriz de componentes rotados para la escala Ira.</i>	212

Tabla 61 – <i>Comunalidades para cada ítem de la escala Estrés Postraumático.</i>	213
Tabla 62 – <i>Varianza total explicada para la escala Estrés Postraumático.</i>	215
Tabla 63 – <i>Matriz de componentes rotados para la escala Estrés Postraumático.</i>	216
Tabla 64 – <i>Comunalidades para cada ítem de la escala Disociación.</i>	217
Tabla 65 – <i>Varianza total explicada para la escala Disociación.</i>	218
Tabla 66 – <i>Matriz de componentes rotados para la escala Disociación.</i>	219
Tabla 67 – <i>Comunalidades para cada ítem de la escala Preocupaciones Sexuales.</i>	220
Tabla 68 – <i>Varianza total explicada para la escala Preocupaciones Sexuales.</i>	221
Tabla 69 – <i>Matriz de componentes rotados para la escala Preocupaciones Sexuales.</i>	222
Tabla 70 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la escala Ansiedad.</i>	223
Tabla 71 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Ansiedad.</i>	224
Tabla 72 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Ansiedad.</i>	225
Tabla 73 – <i>Estadísticos descriptivos para la escala Ansiedad.</i>	225
Tabla 74 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la escala Depresión.</i>	226
Tabla 75 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Depresión.</i>	226
Tabla 76 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Depresión.</i>	227
Tabla 77 – <i>Estadísticos descriptivos para la escala Depresión.</i>	228
Tabla 78 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la escala Ira.</i>	228
Tabla 79 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Ira.</i>	229

Tabla 80 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Ira.</i>	230
Tabla 81 – <i>Estadísticos descriptivos para la escala Ira.</i>	230
Tabla 82 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la escala Estrés Postraumático.</i>	231
Tabla 83 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Estrés Postraumático.</i>	231
Tabla 84 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Estrés Postraumático.</i>	232
Tabla 85 – <i>Estadísticos descriptivos para la escala Estrés Postraumático.</i>	233
Tabla 86 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la escala Disociación.</i>	233
Tabla 87 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Disociación.</i>	234
Tabla 88 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Disociación.</i>	235
Tabla 89 – <i>Estadísticos descriptivos para la escala Disociación.</i>	235
Tabla 90 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Emocional.</i>	236
Tabla 91 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Emocional.</i>	236
Tabla 92 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Emocional.</i>	237
Tabla 93 – <i>Estadísticos descriptivos para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Emocional.</i>	237
Tabla 94 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Conductual.</i>	238
Tabla 95 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Conductual.</i>	238

Tabla 96 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Conductual.</i>	239
Tabla 97 – <i>Estadísticos descriptivos para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Conductual.</i>	239
Tabla 98 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Cognitiva.</i>	240
Tabla 99 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Cognitiva.</i>	240
Tabla 100 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Cognitiva.</i>	240
Tabla 101 – <i>Estadísticos descriptivos para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Cognitiva.</i>	241
Tabla 102 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la prueba TSCC.</i>	241
Tabla 103 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la prueba TSCC.</i>	242
Tabla 104 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la prueba TSCC.</i>	244
Tabla 105 – <i>Estadísticos descriptivos para la prueba TSCC.</i>	246
Tabla 106 – <i>Correlación de Pearson entre el TSCC y el CBCL.</i>	247
Tabla 107 – <i>Correlación de Pearson entre el TSCC y el YSR.</i>	250
Tabla 108 – <i>Estadísticos descriptivos por grupo en función del sexo.</i>	252
Tabla 109 – <i>Prueba de muestras independientes para la variable sexo.</i>	254
Tabla 110 – <i>Estadísticos descriptivos por grupos en función de la edad.</i>	255
Tabla 111 – <i>Prueba de muestras independientes para la variable edad.</i>	257
Tabla 112 – <i>Tabla de contingencia por grupos en función del sexo y la polivictimización.</i>	258

Tabla 113 – <i>Tabla de contingencia por grupos en función de la edad y la polivictimización.</i>	259
Tabla 114 – <i>Estadísticos descriptivos para los distintos tipos de victimización.</i>	260
Tabla 115 – <i>Estadísticos descriptivos de grupo para la polivictimización.</i>	260
Tabla 116 – <i>Prueba de muestras independientes para la variable polivictimización.</i>	262
Tabla 117 – <i>Comunalidades para cada ítem de la escala Ansiedad.</i>	264
Tabla 118 – <i>Varianza total explicada para la escala Ansiedad.</i>	264
Tabla 119 – <i>Matriz de componentes rotados para la escala Ansiedad.</i>	265
Tabla 120 – <i>Comunalidades para cada ítem de la escala Depresión.</i>	266
Tabla 121 – <i>Varianza total explicada para la escala Depresión.</i>	267
Tabla 122 – <i>Matriz de componentes rotados para la escala Depresión.</i>	268
Tabla 123 – <i>Comunalidades para cada ítem de la escala Ira-Agresividad.</i>	269
Tabla 124 – <i>Varianza total explicada para la escala Ira-Agresividad.</i>	270
Tabla 125 – <i>Matriz de componentes rotados para la escala Ira-Agresividad.</i>	271
Tabla 126 – <i>Comunalidades para cada ítem de la escala Estrés Postraumático-Intrusión.</i>	272
Tabla 127 – <i>Varianza total explicada para la escala Estrés Postraumático-Intrusión.</i>	273
Tabla 128 – <i>Matriz de componentes rotados para la escala Estrés Postraumático-Intrusión.</i>	274
Tabla 129 – <i>Comunalidades para cada ítem de la escala Estrés Postraumático-Evitación.</i>	275

Tabla 130 – <i>Varianza total explicada para la escala Estrés Postraumático-Evitación.</i>	276
Tabla 131 – <i>Matriz de componentes rotados para la escala Estrés Postraumático-Evitación.</i>	277
Tabla 132 – <i>Comunalidades para cada ítem de la escala Estrés Postraumático-Arousal.</i>	278
Tabla 133 – <i>Varianza total explicada para la escala Estrés Postraumático-Arousal.</i>	279
Tabla 134 – <i>Matriz de componentes rotados para la escala Estrés Postraumático-Arousal.</i>	280
Tabla 135 – <i>Comunalidades para cada ítem de la escala Disociación.</i>	281
Tabla 136 – <i>Varianza total explicada para la escala Disociación.</i>	282
Tabla 137 – <i>Matriz de componentes rotados para la escala Disociación.</i>	283
Tabla 138 – <i>Comunalidades para cada ítem de la escala Preocupaciones Sexuales.</i>	284
Tabla 139 – <i>Varianza total explicada para la escala Preocupaciones Sexuales.</i>	285
Tabla 140 – <i>Matriz de componentes rotados para la escala Preocupaciones Sexuales.</i>	286
Tabla 141 – <i>Procesamiento de los casos para la escala Ansiedad.</i>	288
Tabla 142 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la escala Ansiedad.</i>	288
Tabla 143 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Ansiedad.</i>	289
Tabla 144 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Ansiedad.</i>	290
Tabla 145 – <i>Estadísticos descriptivos para la escala Ansiedad.</i>	290
Tabla 146 – <i>Procesamiento de los casos para la escala Depresión.</i>	291

Tabla 147 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la escala Depresión.</i>	291
Tabla 148 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Depresión.</i>	292
Tabla 149 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Depresión.</i>	292
Tabla 150 – <i>Estadísticos descriptivos para la escala Depresión.</i>	293
Tabla 151 – <i>Procesamiento de los casos para la escala Ira/Agresividad.</i>	293
Tabla 152 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la escala Ira/Agresividad.</i>	294
Tabla 153 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Ira/Agresividad.</i>	294
Tabla 154 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Ira/Agresividad.</i>	295
Tabla 155 – <i>Estadísticos descriptivos para la escala Ira/Agresividad.</i>	295
Tabla 156 – <i>Procesamiento de los casos para la escala Estrés Postraumático-Intrusión.</i>	296
Tabla 157 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la escala Estrés Postraumático-Intrusión.</i>	296
Tabla 158 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Estrés Postraumático-Intrusión.</i>	297
Tabla 159 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Estrés Postraumático-Intrusión.</i>	298
Tabla 160 – <i>Estadísticos descriptivos para la escala Estrés Postraumático-Intrusión.</i>	298
Tabla 161 – <i>Procesamiento de los casos para la escala Estrés Postraumático-Evitación.</i>	299
Tabla 162 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la escala Estrés Postraumático-Evitación.</i>	299

Tabla 163 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Estrés Postraumático-Evitación.</i>	300
Tabla 164 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Estrés Postraumático-Evitación.</i>	301
Tabla 165 – <i>Estadísticos descriptivos para la escala Estrés Postraumático-Evitación.</i>	302
Tabla 166 – <i>Procesamiento de los casos para la escala Estrés Postraumático-Arousal.</i>	302
Tabla 167 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la escala Estrés Postraumático-Arousal.</i>	302
Tabla 168 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Estrés Postraumático-Arousal.</i>	303
Tabla 169 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Estrés Postraumático-Arousal.</i>	304
Tabla 170 – <i>Estadísticos descriptivos para la escala Estrés Postraumático-Arousal.</i>	304
Tabla 171 – <i>Procesamiento de los casos de la escala Disociación.</i>	305
Tabla 172 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la escala Disociación.</i>	305
Tabla 173 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Disociación.</i>	306
Tabla 174 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Disociación.</i>	307
Tabla 175 – <i>Estadísticos descriptivos para la escala Disociación.</i>	307
Tabla 176 – <i>Procesamiento de los casos para la escala Preocupaciones Sexuales.</i>	308
Tabla 177 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la escala Preocupaciones Sexuales.</i>	308

Tabla 178 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Preocupaciones Sexuales.</i>	309
Tabla 179 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Preocupaciones Sexuales.</i>	310
Tabla 180 – <i>Estadísticos descriptivos para la escala Preocupaciones Sexuales.</i>	310
Tabla 181 – <i>Procesamiento de los casos para la escala Nivel de Respuesta.</i>	311
Tabla 182 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la escala Nivel de Respuesta.</i>	311
Tabla 183 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Nivel de Respuesta.</i>	312
Tabla 184 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Nivel de Respuesta.</i>	313
Tabla 185 – <i>Estadísticos descriptivos para la escala Nivel de Respuesta.</i>	313
Tabla 186 – <i>Procesamiento de los casos para la escala Respuestas Atípicas.</i>	314
Tabla 187 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la escala Respuestas Atípicas.</i>	314
Tabla 188 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Respuestas Atípicas.</i>	315
Tabla 189 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Respuestas Atípicas.</i>	316
Tabla 190 – <i>Estadísticos descriptivos para la escala Respuestas Atípicas.</i>	316
Tabla 191 – <i>Procesamiento de los casos para la prueba TSCYC.</i>	317
Tabla 192 – <i>Estadísticos de fiabilidad para la prueba TSCYC.</i>	317
Tabla 193 – <i>Estadísticos descriptivos para los ítems de la prueba TSCYC.</i>	318
Tabla 194 – <i>Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la prueba TSCYC.</i>	321
Tabla 195 – <i>Estadísticos descriptivos para la prueba TSCYC.</i>	324

Tabla 196 – <i>Correlación de Pearson entre el TSCYC y el CBCL.</i>	326
Tabla 197 – <i>Correlación de Pearson entre el TSCC y el TSCYC.</i>	329
Tabla 198 – <i>Estadísticos descriptivos por grupo en función del sexo.</i>	331
Tabla 199 – <i>Prueba de muestras independientes para la variable sexo.</i>	333
Tabla 200 – <i>Estadísticos descriptivos por grupos en función de la edad.</i>	335
Tabla 201 – <i>Prueba de muestras independientes para la variable edad.</i>	337
Tabla 202 – <i>Estadísticos descriptivos por grupos en función de la variable polivictimización.</i>	339
Tabla 203 – <i>Prueba de muestras independientes para la variable polivictimización.</i>	341
Tabla 204 – <i>Comparativa sobre la estructura factorial del TSCC entre el estudio actual y el estudio original.</i>	344
Tabla 205 – <i>Comparativa sobre la estructura factorial del TSCYC entre el estudio actual y el estudio original.</i>	346
Tabla 206 – <i>Comparativa de estudios sobre la consistencia interna de las escalas del TSCC.</i>	350
Tabla 207 – <i>Comparativa de estudios sobre la consistencia interna de las escalas del TSCYC.</i>	351
Tabla 208 – <i>Comparativa de estudios sobre las correlaciones de Pearson para la validez convergente entre el TSCYC y el CBCL.</i>	352
Tabla 209 – <i>Comparativa de estudios sobre las correlaciones de Pearson para la validez convergente entre el TSCYC y el CBCL.</i>	352
Tabla 210 – <i>Correlaciones de Pearson entre las escalas del TSCC y el TSCYC.</i>	354

Figuras

Figura 1 – Perspectiva histórico-cultural del maltrato.	4
Figura 2 – Modelo ecosistémico integrador del maltrato infantil.	8
Figura 3 – Niveles de detección en el abuso y la negligencia infantil (elaboración propia a partir de National Center on Child Abuse and Neglect, 1988).	13
Figura 4 – Criterios a incluir en la definición de victimización infantil.	38
Figura 5 – Clasificación de las formas de victimización infantil.	41
Figura 6 – Formas básicas de Victimización Infantil Sexual Online.	43
Figura 7 – Fases de la dinámica de Ciber-abuso Sexual Juvenil.	54

RELACIÓN DE ABREVIACIONES Y ACRÓNIMOS

AACAP: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

AD: Autolesión Deliberada.

A-DES: Adolescent Dissociative Experience Scale.

ADI: Abuse Dimensions Inventory.

ANG: Anger.

ANX: Anxiety.

APA: American Psychiatric Association.

APSAC: American Professional Society on the Abuse of Children.

ASBI: Adolescent Sexual Behavior Inventory.

ASES: The Abusive Sexual Exposure Scale.

ASI: Abuso Sexual Infantil.

ATR: Atypical Response.

CAPS-CA: Clinical-Administred PTSD Scale for Children and Adolescents.

CAQ: Clinical Analysis Questionnaire.

CASRS: Child Abuse Self-Report Scale.

CATS: Child and Adolescent Trauma Survey.

CBCL: Child Behavior Checklist.

CDC: Child Dissociative Checklist.

CDI: Children's Depression Inventory.

CES-DC: Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

CIES: Children's Impact of Event Scale.

CITES-R: Children's Impact of Traumatic Events Scale Revised.

CLS: Children's Loneliness Scale.

CPSS: Child PTSD Symptom Scale.

CRS: Child Rating Scale.

C-SARS: Checklist of Sexual Abuse and Related Symptoms.

CSBI: Child Sexual Behavior Inventory.

CTQ: The Child Trauma Questionnaire.

DEP: Depression.

DESNOS: Disorders of Extreme Stress not Otherwise Specified.

DICA-P: Diagnostic Interview for Children and Adolescent – Parent Version.

DID: Dissociative Identity Disorder (Trastorno de Identidad Disociativo).

DIS: Dissociation.

DIS-F: Dissociation – Fantasy.

DIS-O: Dissociation – Overt.

DRSB: Developmentally Related Sexual Behavior.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales).

FAC: Family Assessment Clinic.

FAPMI: Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil.

FEEDSA: Feelings and Emotions Experienced During Sexual Abuse.

GEA-5: Guía para la Evaluación del Abuso Sexual Infanto-Juvenil basada en 5 hipótesis.

HYP: Hyperresponse.

JVQ: Juvenile Victimization Questionnaire.

LITE-P: Life Incidence of Traumatic Events Parent Form.

LITE-S: Life Incidence of Traumatic Events Student Form.

NASAS: Negative Appraisals of Sexual Abuse Scales.

NCAC: National Children's Advocacy Center.

NCANDS: National Child Abuse and Neglect Data System.

NCCAN: National Center on Child Abuse and Neglect.

NSPCC: National Society for the Prevention of Cruelty to Children.

NSSI: Non Suicidal Self-Injury.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

PERQ: Parent Emotional Reaction Questionnaire.

PTS: Post Traumatic Stress.

PTSD: Post Traumatic Stress Disorder.

RCMAS: Revised Children's Manifest Anxiety Scale.

RL: Response Level.

SAASI: Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil.

SAFE: Sexual Abuse Fear Evaluation.

SASI: Sexual Abuse Specific Items.

SC: Sexual Concerns.

SC-D: Sexual Concerns – Distress.

SC-P: Sexual Concerns – Preoccupation.

SEG: Sistema de Evaluación Global.

STAI-C: State-Trait Anxiety Inventory for Children.

STS: Sentencia del Tribunal Supremo.

TCA: Trastorno de la Conducta Alimenticia.

TCANE: Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

TEPC: Trastorno por Estrés Postraumático Complejo.

TEPT: Trastorno por Estrés Post Traumático.

TEQ-A: The Traumatic Events Questionnaire – Adolescents.

TESI: Traumatic Events Screening Inventory.

TLP: Trastorno límite de personalidad.

TP: Trastorno de personalidad.

TRF: Teacher Report Form.

TSCC: Trauma Symptom Checklist for Children.

TSCC-A: Trauma Symptom Checklist for Children-Alternate Version.

TSCYC: Trauma Symptom Checklist for Young Children.

TSCYC-SF: Trauma Symptom Checklist for Young Children Short Form.

UCLA PTSD Index: University of California Los Angeles Post Traumatic Stress Disorder Index.

UND: Underresponse.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

WBTH: When Bad Things Happen Scale.

WHO: World Health Organization.

YSR: Youth Self-Report.

RESUMEN

El maltrato infantil y el abuso sexual, como tipo de maltrato en la infancia, supone un problema social que ha estado presente a lo largo de la historia, en todos los países, culturas, estratos sociales.

El abuso sexual infantil ha presentado dificultades para su definición al no existir un acuerdo único y darse diferencias sobre los criterios definitorios. Las definiciones propuestas han sido múltiples, algunas son más restrictivas, mientras que otras tienen una perspectiva más amplia.

Una de las definiciones más ampliamente usada y aceptada internacionalmente ha sido la propuesta por la OMS (2001), al incorporar los criterios de que el menor se encuentra inmerso en actividades o comportamientos para los que no se encuentra preparado ni física ni psicológicamente, sin disponer de la capacidad de consentimiento, transgrediendo la legislación vigente en cada país (Stoltenborgh, Van Ijendoorn, Euser y Bakermans-Kranenborg, 2011, en Amado, Arce y Herraiz, 2015).

En el campo de la investigación social, la mayoría de profesionales hacen uso de los criterios propuestos por Finkelhor y Hotaling (1984), ratificados en España por López (1994). Dichos conceptos han sido el de coerción y la asimetría de edad o diferencias a nivel madurativo, lo que conlleva a una incapacidad a una libre decisión.

Dado que el abuso sexual se suele dar en la más estricta intimidad, resulta realmente complicado cuantificar y estimar su prevalencia e incidencia, dada la denominada “cifra negra” de este tipo de situaciones, puesto que parte de los casos no se han denunciado o ni siquiera se han notificado. A pesar de ello, algunos estudios, como el meta-analítico realizado por Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito (2009), han notificado una prevalencia de entre 7,4% en el caso de los niños y del 19,2% en las niñas.

La investigación ha demostrado que la experiencia de victimización sexual infantil conlleva un menoscabo para la salud mental de los menores que la han sufrido. Así, se han llegado a describir hasta 18 categorías de trastornos asociados a tal vivencia (Rind, Tromovich y Bauserman, 1998) y hasta 42 secuelas distintas (Day Thurlowb y

Woolliscroftb, 2003). Dadas las múltiples consecuencias posibles para la salud mental de los menores, la información disponible no permite señalar la existencia de un grupo consistente de síntomas que se puedan considerar como un «síndrome post abuso» (Rind, Tromovich y Bauserman, 1998). Así, no se puede señalar la existencia de un patrón único de síntomas, pudiéndose llegar a dar incluso una ausencia total de síntomas en algunos casos.

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) constituye el eje psicopatológico fundamental sobre el que gravita el trauma (Martín y De Paul, 2004). Los síntomas que se consideran característicos del TEPT son: la re-experimentación del acontecimiento (flashbacks, pesadillas, etc.), la evitación de recuerdos y situaciones relacionadas con el acontecimiento traumático, el embotamiento afectivo y un incremento en la activación (hiperactivación fisiológica, problemas de sueño, etc.). Sin embargo en los menores, niños/as y adolescentes, el efecto del trauma y su valoración como TEPT puede adoptar la forma de un comportamiento desestructurado o agitado y presentarse con síntomas físicos o como terrores nocturnos o pesadillas, resultado de la expresión del síntoma “vivencia de horror”; conductas repetitivas, juegos simbólicos de los sucesos traumáticos como expresión de la re-experimentación del suceso (Dyregrow y Yule, 2006) y disminución de intereses y retraimiento afectivo, inquietud, falta de atención y problemas de sueño. La prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático entre los niños que han estado expuestos a victimización sexual se estima entre un 40% y un 60% (Davis y Siegel, 2000; Dubner y Motta, 1999; McLeer, Deblinger, Henry, y Orvaschel, 1992; Putnam, 2003 y Rincón, Covas, Bustos, et al. 2010), siendo de entre 50-60% en el caso de mujeres y niñas agredidas sexualmente (Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 1992).

Otra de las consecuencias más documentadas en el abuso sexual infantil ha sido el Trauma Complejo, definido como un evento traumático que es crónico, interpersonal, y que se inicia en la niñez (Cook, Blaustein, Spinazzola, y Van der Kolk, 2003), produciendo problemas en la regulación de los afectos, conductas, impulsos, atención y conciencia, así como problemas interpersonales y de identidad (Cook et al., 2003).

Por otra parte, también se ha descrito una relación significativa entre el trastorno de identidad disociativo (DID) y abuso sexual infantil. Dentro de las patologías disociativas también se ha apuntado que la amnesia disociativa como la disociación

peritraumática en las horas y días posteriores al suceso, resulta un síntoma relacionado con la victimización sexual infantil, siendo un predictor de peor ajuste psicológico a largo plazo.

Además, numerosos autores coinciden en señalar que la depresión frecuentemente se encuentra relacionada con la experiencia de abuso sexual infantil, pudiéndose presentar sintomatología depresiva desde el preescolar hasta la edad adulta. Dichos menores presentarían también un mayor riesgo de ideación suicida como en la planificación e intentos de suicidio. La presencia de ideación suicida en víctimas de ASI es el doble que en no víctimas, y los intentos de suicidio es tres veces mayor en víctimas (Pérez-González y Pereda, 2015); el riesgo de suicidio se multiplica por cinco en el caso de las víctimas de ASI (Ackard y Neumark-Sztainer, 2002). Pero además, el alto riesgo de suicidio también se ha asociado con el abuso de sustancias, depresión, trastornos de ansiedad y trastorno de estrés postraumático (Beckinsale, Martin y Clark, 1999; Chen, Dunne y Han, 2006; Edgardh y Ormstad, 2000; Molnar, Berkman y Buka, 2001). También se ha indicado que entre los menores que presentan autolesiones, se da una mayor prevalencia de víctimas de abuso sexual infantil, describiéndose el abuso sexual como una variable desencadenante de las conductas autolíticas.

También se ha relacionado la experiencia abusiva con los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y bulimia nerviosa, el trastorno por sobreingesta compulsiva (o trastorno por atracón).

Otras patologías o sintomatología relacionada con el abuso sexual, aunque las investigaciones no han ofrecido datos concluyentes son los trastornos de personalidad (en especial el trastorno límite de personalidad) y las conductas sexualizadas.

La evaluación psicológica de menores víctimas de abuso sexual resulta una tarea difícil y compleja. Cabe distinguir en dicha tarea la valoración que pueda efectuarse desde el área de la psicología clínica y la psicopatología, relacionada con el daño emocional o las secuelas psíquicas, y aquella que puede efectuarse desde el área de la psicología básica, la psicología experimental y la psicología del testimonio, relacionada con las valoraciones sobre la credibilidad del testimonio infantil en casos de abuso sexual.

El rol del psicólogo según éste sea forense o terapéutico, pueden entrar en un importante conflicto ético, por lo que en base al punto 4.02.01 de la “Specialty Guidelines for Forensic Psychology” (APA, 2012) deberían mantenerse separados.

Ante una sospecha de abuso sexual infantil, en muchos casos se considera fundamental la prueba sobre la credibilidad del testimonio, pero tal como han indicado algunos autores, en dichas valoraciones no solo se debería tener en consideración el testimonio y su credibilidad, sino también otros indicadores físicos, conductuales y emocionales del niño (Pons-Salvador, Martínez, Pérez y Borrás, 2006).

La comunidad científica parece mostrar un consenso acerca de que el mejor modo en el que llevar a cabo una evaluación psicológica de estas características sea aquél en el que se emplee una perspectiva multi-fuente (con varios informantes, fuentes de información), multi-método (a través del uso de entrevistas, escalas, cuestionarios, observación directa, etc.) y en el que se exploren las distintas áreas del funcionamiento del menor en distintos contextos (AACAP, 1988; APSAC, 2002; Kaufman, Jones, Stieglitz, Vitulano y Mannarino, 1994; Sternberg, Lamb y Dawud-Noursi, 1998; Stockhammer, Salzinger, Feldman, Mojica y Primavera, 2001, en Wise, 2006).

En relación a las pruebas a aplicar, se ha señalado que no deben estar dirigidas exclusivamente a población psiquiátrica o clínica, deben contar con escalas de control de validez de respuestas (Seijo, Fariña y Vilariño, 2014), estar validadas para la población objeto de evaluación, no debiéndose centrar únicamente en la exploración de la sintomatología relacionada con el Trastorno por Estrés Postraumático, sino que además exploren psicopatología comórbida con dicho trastorno y sintomatología relacionada (Drach, Wientzen y Ricci, 2001; Habib y Labruna, 2011).

En base a la investigación efectuada y las indicaciones expuestas por la comunidad científica indicadas anteriormente, las pruebas Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) y Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) son las dos pruebas que reúnen mayores cualidades para orientarnos hacia un proceso de evaluación garantista.

El Trauma Symptom Checklist for Children (Briere, 1996) y el Trauma Symptom Checklist for Young Children (Briere, 2005) son dos formas paralelas de una misma prueba psicométrica que tiene por objetivo medir la sintomatología

postraumática en menores. El TSCC es una prueba autoadministrada por el niño, de entre 8 y 16 años, y en TSCYC es una prueba heteroaplicada a los padres y/o madres o tutores con menores a cargo de entre 3 y 12 años.

Las escalas que conforman el TSCC son: ANX (Ansiedad), DEP (Depresión), ANG (Ira), PTS (Estrés Postraumático), DIS (Disociación) y SC (Preocupaciones Sexuales). Las escalas Disociación y Preocupaciones Sexuales disponen de dos subescalas. En el caso de la disociación, DIS-O (Disociation-Overt; Disociación-Manifiesta) y DIS-F (Fantasía Disociativa). En el caso de la escala de preocupaciones sexuales cuenta con las subescalas SC-P (Preocupaciones Sexuales- Preocupaciones) y SC-D (Preocupaciones Sexuales – Distress). La prueba dispone de dos escalas de validez: UND (Infrarespuesta) e HYP (Hiperrerespuesta). También informa sobre un total de 8 ítems críticos que, en caso de tener respuesta positiva, conviene un mayor seguimiento, atención y análisis clínico exhaustivo por parte del clínico dada la naturaleza de la sintomatología que abordan.

Por su parte, el TSCYC dispone de las siguientes escalas: ANX (Ansiedad), DEP (Depresión), ANG (Ira/Agresividad), PTS-I (Estrés Postraumático – Intrusión), PTS-AV (Estrés Postraumático-Evitación), PTS-AR (Estrés Postraumático-Arousal), PTS-TOT (Estrés Postraumático – Total), DIS (Disociación) y SC (Preocupaciones Sexuales). Dispone también de dos escalas de validez: RL (Nivel de Respuesta) y ATR (Respuestas Atípicas).

El TSCC y TSCYC son las únicas pruebas psicométricas para la valoración específica de sintomatología traumática que dispone de escalas de validez (Briere 1996).

El TSCC ha sido reconocida de utilidad clínica por los Miembros de la Sociedad Internacional para el estudio del Estrés Postraumático al indicar que ha una de las escalas autoadministrada más ampliamente utilizada para medir sintomatología postraumática en niños y adolescentes (Balabam, 2006, en Chung, 2014).

El TSCC se elaboró con la finalidad de disponer de una prueba útil para una valoración específica pero extensa de la sintomatología postraumática en niños y adolescentes. Son escasas las pruebas que de forma específica valoren sintomatología postraumática en población infantil y, prácticamente nulas si nos centramos en aquellas que puedan estar adaptadas en población española.

La prueba TSCC resulta de utilidad para la valoración psicológica de las víctimas, con el fin de determinar los daños o secuelas psicológicas que puedan presentar como consecuencia a unos hechos determinados (Hasting y Kelley, 1997; Johnson et al., 2002; Singer et al., 1995; Wolfe, Scott, Wekerle y Pittman, 2001, en Wolpaw, 2005). También ha sido útil para la valorar la efectividad de intervenciones psicoterapéutica (Cohen y Mannarino, 2000; Greenwald, 2002, en Wolpaw, 2005; Elhai, Gray, Kashdan y Franklin, 2005; Nola et al., 2002, en Chung, 2014; Lanktree y Briere, 1995). Dicho cuestionario ha sido de utilidad también en contextos forenses (Elliott y Briere, 1994).

La prueba TSCC ha sido adaptada psicométricamente en Corea (Chung, 2014), en China (Li et al., 2009), en Teherán (Mohammadkhani et al., 2005), en Suecia (Nilsson, Wadsby y Svedin, 2008) y Alemania (Bal y Uvin, 2009). El TSCYC ha sido adaptado en población de habla hispana en Estados Unidos de América (Wherry et al., 2014), en Corea (Bae et al., 2015) y en población sueca (Nilsson, Gustafsson y Svedin, 2012).

Tal como han concluido algunas investigaciones (Friker y Smith, 2002; Lanktree, Briere y Zaidi, 1991), una medida específicamente diseñada para detectar sintomatología relacionada específicamente con situaciones traumáticas como el abuso sexual, presenta una mayor sensibilidad para la detección de dicha sintomatología que aquellas pruebas de valoración del funcionamiento global.

El empleo de herramientas clásicas que no se han diseñado específicamente para la evaluación de menores víctimas de abuso sexual presentan limitaciones importantes y que, en consecuencia, deben emplearse instrumentos validadas con menores víctimas y que exploren las consecuencias clínicas que la investigación científica ha demostrado que resultan más habituales en este tipo de casos (Pereda y Abad, 2013).

En el campo de la psicología clínica forense resulta un reto para la investigación *“diseñar instrumentos de evaluación cortos y específicos que cuenten con adecuadas propiedades psicométricas, que no se solapen entre sí, que estén adaptado o validados con muestras españolas y que sean sensibles a la detección temprana de los trastornos mentales, así como a los cambios terapéuticos”* (Echeburúa, Amor y Corral, 2003, p.505).

El TSCC es probablemente la prueba más utilizada de entre todas aquellas usadas para valorar sintomatología traumática en Estados Unidos y Canadá tanto en contextos clínicos como forenses (Wolpaw et al., 2005). Los modelos americanos “NCAC Model” y “FAC Model”, dos de los modelos más extendidos en Estados Unidos para la valoración y atención de menores víctimas, incorporan el uso de ambas pruebas psicométricas en el proceso de evaluación psicopatológica. Junto con el Child Sexual Behavior Inventory – CSBI (Friedrich, 1998) son las dos únicas pruebas relacionadas con la evaluación de sintomatología post-traumática que han sido estandarizadas y que disponen de datos normativos para su uso clínico (Briere, 2001).

El TSCYC resulta de especial utilidad al haber una falta importante de instrumentos de medida para valorar sintomatología tras un evento traumático en los niños más pequeños.

Las pruebas objeto de estudio disponen de escalas de validez, resultando especialmente útiles para el contexto forense, en el que es de especial relevancia valorar cuestiones como la simulación, sobresimulación o disimulación de síntomas.

Otra cuestión de especial utilidad es la relación costes-beneficios que se derivan de la prueba objeto de estandarización. En este sentido, en poco tiempo la prueba proporciona un panorama amplio sobre el estado emocional de los menores al informar sobre múltiple sintomatología en los niños y adolescentes. Esto resulta de especial importancia en el sistema público de salud o en la administración de justicia, en donde las demandas son muchas y a resolver en muy poco tiempo.

La validación de pruebas psicométricas con población forense ha sido un reclamo por parte de la comunidad científica (APA, 1994, 2009; Association of Family and Conciliation Courts, 2006; Bow et al., 2006; Committee on the Revision of the Specialty Guidelines for Forensic Psychology, 2006; Flens y Drozd, 2005; Hamilton, 1998; Heilbrun, 1992, 2001; Koocher, 2006; Medoff, 2003; Otto Heilbrun, 2002; Perrin y Sales, 1994, en Medoff, 2010 y Echeburúa, Muñoz y Loinaz, 2011, en Scott, Manzanero, Muñoz y Köhnken, 2014) y en especial, en el indicado contexto, con menores víctimas de abuso sexual infantil (Pereda y Arch, 2012).

A nivel clínico, la prueba puede ser útil para valorar la mejora terapéutica de los menores en tratamiento o para valorar la eficacia de tratamiento de un programa de intervención.

El objetivo principal de la presente investigación fue adaptar psicométricamente los cuestionarios TSCC (Briere, 1996) y TSCYC (Briere, 2001) en una población española de menores víctimas de abuso sexual.

Fueron también objetivos de la investigación: 1) Analizar la estructura factorial con el fin de conocer la estructura teórica subyacente del TSCC y el TSCYC; 2) conocer la fiabilidad de las pruebas TSCC y TSCYC mediante el análisis del alfa de Cronbach para la consistencia interna; 3) conocer la validez concurrente del TSCC y el TSCYC con respecto a otras pruebas como son la CBCL y el YSR, así como en relación al TSCC en el caso del TSCYC; y 4) conocer la validez discriminante de las pruebas TSCC y TSCYC en función de las variables sexo, edad y haber sido o no un menor polivictimizado.

Las hipótesis planteadas fueron: 1) se obtendrán los mismos factores principales que en la versión original de las pruebas TSCC y TSCYC, pudiéndose dar variaciones en los subfactores al tratarse de poblaciones de origen y cultura distintas (americana vs. española); 2) la fiabilidad de las pruebas se espera que resulte satisfactoria; las puntuaciones obtenidas mediante el coeficiente alfa de Cronbach resultarán significativas (próximas o superiores a .80) en las distintas escalas del TSCC y TSCYC, así como respecto al total de ambas pruebas, lo que apuntaría hacia una adecuada consistencia interna de las respectivas pruebas; 3) se espera obtener elevadas correlaciones entre las pruebas TSCC e YSR (al ser ambas pruebas autoaplicadas), informando sobre una adecuada validez concurrente para el TSCC. Se obtendrá una menor correlación con respecto a la CBCL (al ser ésta una prueba heteroaplicada); 4) se espera obtener elevadas correlaciones entre las pruebas TSCYC y CBCL (al ser ambas pruebas heteroaplicadas), informando sobre una adecuada validez concurrente para el TSCC; y 5) se espera encontrar diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en las pruebas TSCC y TSCYC en función de la edad, el sexo y haber sufrido otras situaciones victimizantes (lo que se conoce como polivictimización).

La muestra la compusieron un total de 118 menores de entre 3 y 17 años y sus progenitores o tutores legales, residentes en Madrid y su zona metropolitana, atendidos a nivel psicoterapéutico en modalidad ambulatoria entre los años 2013 y 2015 en los que el motivo de consulta fue una sospecha de abuso sexual infantil, que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para la investigación, que ofrecieran su consentimiento para la participación a la investigación y que no se vieran excluidos por alguno de los criterios establecidos para el presente estudio.

El TSCC fue aplicado a un total de 90 menores de los que conformaron la muestra y el TSCYC a un total de 56 progenitores o tutores legales.

El diseño de la investigación fue de tipo experimental multivariado, transversal, ex post facto.

Para la presente investigación se desarrolló una entrevista estructurada, diseñada específicamente para la investigación, mediante la que se pudieron recabar todos los datos descriptivos de la muestra. El diseño de la entrevista se efectuó considerando las variables que la investigación científica ha señalado como relevantes en el actual campo de estudio (p.e. tipo de relación con el agresor, los factores de riesgo y protección, tipo de abuso sexual, duración de los abusos, etc.); se basó también en el sistema de clasificación de maltrato infantil de Barnett, Manly y Cicchetti (1993).

Los cuestionarios y pruebas psicométricas empleadas fueron: TSCC (Briere, 1996), TSCYC (Briere, 2005), CBCL (Achenbach y Rescorla, 2001), YSR (Achenbach y Rescorla, 2001), JVQ-Spanish Version (Hamby, Finkelhor, Ormrod y Turner, 2006), PERQ (Cohen y Mannarino, 1996), A-DES (Armstrong, Putnam, Carlson, Libero y Smith, 1997) y CDC (Putnam, 1990).

Se efectuó una exhaustiva búsqueda bibliográfica a través de distintos recursos electrónicos en red, así como bases de datos y revistas científicas; también se emplearon materiales en soporte papel. Los criterios de búsqueda fueron en base al idioma (publicaciones en español o inglés), la temporalidad (publicaciones desde los años 90) y la temática (la victimización sexual infantil desde una perspectiva clínico-forense). Algunas de las palabras claves empleadas (tanto en español como en inglés) fueron: sexual abuse, child, assessment, protocol, testing, screening, scale, checklist, questionnaire, standardized, clinical, forensic, evaluation, measure, reliability, validity,

psychometric, properties, psychopathology, victim, polyvictimization. También se emplearon como palabras claves nombres de pruebas psicométricas y cuestionarios, así como nombres de autores de reconocimiento en el área de investigación sobre la que versa el estudio.

El análisis de datos se efectuó mediante la aplicación informática de IBM® SPSS® Statistics, versión 22. Los cálculos efectuados fueron: análisis factorial exploratorio, Coeficiente alfa de Cronbach, Coeficiente de correlación de Pearson y la prueba *t* de Student.

En análisis factorial aportó una solución de 9 factores en el caso del TSCC y de 8 factores para el TSCYC.

La estructura factorial del TSCYC permanece fiel a la del estudio original del autor, en el caso del TSCC se producen ciertas diferencias. Por ejemplo, la escala de ansiedad de la prueba original, en el presente estudio se subdivide en dos escalas, una que mediría la angustia y otra que mediría los miedos. En la escala de disociación, mientras que Briere obtiene dos subescalas, en el presente estudio se ofrece una solución de una sola escala unificada, sin llegar a efectuar la distinción entre disociación manifiesta y fantasía disociativa que sí efectúa Briere. En el caso de las preocupaciones sexuales, mientras que en la versión original se presenta una escala total que se subdivide en dos subescalas (preocupaciones y distress), en el estudio actual se ha obtenido una solución basada en tres subescalas, una que comprende el área más emocional, otra las cuestiones cognitivas y otra que miden cuestiones relativas a la esfera conductual.

En relación a la consistencia interna, los valores alcanzados en España para el TSCC resultan similares a los obtenidos en el estudio de Briere (1996), presentando un valor significativamente mayor el presente estudio en la consistencia interna general para todas las escalas clínicas.

En relación a la consistencia interna obtenida en el presente estudio en relación a la prueba TSCYC, resulta similar a la que alcanzó Nilsson, Gustafsson y Svedin (2012) en Suecia.

Las correlaciones entre las escalas del TSCYC y la CBCL para determinar la validez convergente resultaron ser significativamente inferiores que las de otros estudios (Gilbert, 2004 y Wherry et al., 2008). A pesar de ello, en general, los estudios recabados en los que se ha llegado a efectuar un análisis de correlación entre las puntuaciones obtenidas en el TSCC y el TSCYC ofrecen correlaciones entre bajas y moderadas, lo que es consistente con los resultados alcanzados en el presente estudio.

En relación al análisis de diferencias en función del sexo de la víctima, en el presente estudio se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de las escalas de depresión, estrés postraumático y la puntuación total del TSCC, siendo las niñas quienes mayores puntuaciones obtuvieron. En el caso del TSCYC, se obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en las escalas de ansiedad, estrés postraumático-intrusión, estrés postraumático-evitación, siendo las niñas quienes, en base a las respuestas aportadas por los progenitores, presentarían un mayor nivel de la sintomatología indicada.

En cuanto a la variable edad, en la presente investigación se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los menores más pequeños de la muestra (de 8 a 12 años) y los más mayores (de 13 a 16) en algunas de las escalas clínicas. Los niños/-as más mayores (13-16 años) obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en las escalas de depresión, estrés postraumático y disociación, así como en la puntuación total de la prueba TSCC.

En el caso del TSCYC no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad del menor en ninguna de las escalas clínicas, así como tampoco respecto a la puntuación total de la prueba.

Aquellos menores que fueron polivictimizados presentaron puntuaciones significativamente mayores en todas las escalas clínicas del TSCC, así como en la puntuación total de la prueba. Sobre estos mismos resultados informaron los autores que llevaron a cabo la adaptación psicométrica del TSCC en población sueca, efectuada por Nilsson, Wadsby y Svedin (2008).

En el TSCYC se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los menores polivictimizados y no polivictimizados en las escalas de agresividad/ira y la de estrés postraumático-arousal, siendo los menores polivictimizados los que presentaron puntuaciones significativamente mayores en dichas escalas.

Las limitaciones más importantes del estudio fueron: 1) El acceso a la muestra, que fue limitado. Se dispuso de una muestra total de $n=118$. La aplicación de la prueba TSCC fue posible en un total de 90 menores y el TSCYC en un total de 56 padres, madres o tutores legales. 2) No ha sido posible valorar cualidades psicométricas de la prueba como la fiabilidad test-retest. 3) La presente investigación no dispone de grupo control. 4) Las características de la muestra y el objeto de investigación supone encontrarse con menores polivictimizados en muchos casos, por lo que no puede garantizarse que la sintomatología medida mediante las pruebas presenten una relación única y exclusiva respecto a una única variable, el abuso sexual infantil.

ABSTRACT

Child abuse, more specifically sexual offences, as a form of abuse during childhood, is a social problem that has been present throughout history, in all countries, cultures and social strata.

Because there isn't a clear agreement and due to the differences on the defining criteria, child sexual abuse presents great difficulties to be defined. The proposed definitions are multiple; some are more restrictive, whilst others have a broader perspective.

One of the most widely used and internationally accepted definitions is the one proposed by the World Health Organisation (WHO) in 2001, which incorporates the criteria that the child is immersed in activities or behaviours for which he or she is neither physically nor psychologically prepared, without having the ability to consent, and therefore transgressing every country's law (Stoltenborgh, Van Ijendoorn, Euser and Bakermans-Kranenborg, 2011, in Amado, Arce & Herraiz, 2015).

In the field of social research, most professionals make use of the criteria proposed by Finkelhor and Hotaling (1984); and ratified in Spain by López (1994). Said concepts are coercion and age asymmetries or maturation level differences, which lead to an inability to freely choose.

Because sexual abuse usually occurs in the strictest privacy, it is really difficult to quantify and estimate its prevalence and incidence, given the so-called "dark figure" of such situations, since some of these cases have not even been reported or notified. However, some studies, such as meta-analytic by Pereda, Guilera, Forns and Gomez-Benito (2009), have reported a prevalence of 7.4% amongst boys and 19.2% in girls.

Research has shown that the experience of child sexual victimization has an adverse impact on the mental health of children who have suffered from it. For this reason, researchers have come to describe up to 18 categories of disorders linked to such experience (Rind, Tromovich & Bauserman, 1998) and up to 42 different injuries (Day Thurlowb & Woolliscroftb 2003). Given the many possible consequences for the children's mental health, the available information doesn't allow to indicate the existence of a consistent set of symptoms that can be considered as a "post abuse syndrome" (Rind, Tromovich & Bauserman, 1998). Thus, we cannot point out the existence of a unique pattern of symptoms, in many cases there it is possible for a complete absence of symptoms to occur.

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is the basic psychopathological axis around which the trauma gravitates (Martin & Paul, 2004). The symptoms that are considered characteristic of PTSD include: re-experiencing the event (flashbacks, nightmares, etc.), avoiding memories and situations related to the traumatic event, emotional numbing and increased arousal (physiological hyper arousal, sleep problems, etc.). However in children, girls/boys and adolescents, the effect of said trauma and its assessment as PTSD may take the form of an unstructured or agitated behaviour and show physical symptoms, night terrors or nightmares, as a result of the symptom expression "horror experience"; repetitive conducts, symbolic games of the traumatic events as an expression of them being re-experienced (Dyregrow & Yule, 2006) and decreased interest and emotional withdrawal, restlessness, loss of attention and sleep problems. The prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder amongst children who have been exposed to sexual victimization is estimated to be between 40% and 60% (Davis & Siegel, 2000; Dubner & Motta, 1999; McLeer, Deblinger, Henry, & Orvaschel, 1992; Putnam, 2003; Rincon et al. 2010), being 50-60% in the case of women and girls who have been sexually assaulted (Corral, Echeburúa, Zubizarreta & Sarasua, 1992).

One of the most documented consequences of child sexual abuse is known as "Complex Trauma", which is defined as a traumatic event that is chronic, interpersonal, and that begins during childhood (Cook, Blaustein, Spinazzola & Van der Kolk, 2003) and leads to problems in the regulation of emotions, behaviours, impulses, attention and awareness, as well as interpersonal and identity problems (Cook et al., 2003).

On the other hand, the significant relationship between Dissociative Identity Disorder (DID) and child sexual abuse has also been described. Amongst the dissociative pathology it has also been suggested that dissociative amnesia such as peritraumatic dissociation in the hours and days after the event, is a symptom related to child sexual victimization, being a predictor of a worse long-term psychological adjustment.

Furthermore, numerous authors agree that depression is often related to the experience of childhood sexual abuse, being able to show depressive symptoms from preschool to adulthood. Said children could also present a greater risk of suicidal ideation and planning as well as suicide attempts. The presence of suicidal ideation in victims of sexual abuse is double compared to non-victims and suicide attempts is three times higher in victims (Pérez-González & Pereda, 2015); suicide risk is multiplied by five in the case of sexual abuse victims (Ackard & Neumark-Sztainer, 2002). In addition, the high risk of suicide has also been associated with substance abuse, depression, anxiety disorders and PTSD (Beckinsale, Martin & Clark, 1999; Chen, Dunne & Han, 2006; Edgardh & Ormstad, 2000; Molnar, Berkman & Buka, 2001). It has also been indicated that amongst children who self-harm there is a higher prevalence of children who are victims of sexual abuse, describing sexual abuse as a variable trigger of autolytic behaviour.

Abusive experiences have also been linked to eating disorders such as anorexia and bulimia nervosa, and compulsive overeating disorder (or binge eating).

Personality disorders (especially borderline personality disorder) and sexualized behaviours are amongst other diseases or symptoms related to sexual abuse, although research has not provided conclusive data.

Psychological assessment of children who are or have been victims of sexual abuse is a difficult and complex task. We must distinguish two different areas in this task, there is the clinical psychological and psychopathological assessment which is related to the emotional harm or psychological consequences; there is also an assessment that can be made from the point of view of basic psychology, experimental psychology and eyewitness testimony, which is related to the process of evaluating the credibility of the child's statement in cases of sexual abuse.

Based on the point 4.02.01 of the "Specialty Guidelines for Forensic Psychology" (APA, 2012), the psychologist's role, whether forensic or therapeutic, may be in an important ethical conflict, and so they should be kept separate.

In the face of suspected child sexual abuse, in many cases the evidence on the witness credibility is considered essential, but as some authors have indicated, in such assessment not only the child's testimony and credibility should be taken into consideration, but it should also look at other physical, behavioural and emotional indicators (Pons-Salvador Martinez Perez & Borrás, 2006).

The scientific community agrees that the best way in which to carry out a psychological assessment of these features is that which uses a multi-source perspective (with several informants, sources of information), multi-method (through the use of interviews, scales, questionnaires, direct observation, etc.) and in which the different areas of the child's functioning are explored in different contexts (AACAP, 1988; APSAC, 2002; Kaufman, Jones, Stieglitz, Vitulano & Mannarino, 1994; Sternberg, Lamb & Dawud-Noursi, 1998; Stockhammer, Salzinger, Feldman, Mojica & Spring 2001, in Wise, 2006).

In relation to the tests to be applied, it has been noted that they should not be directed exclusively to the psychiatric or clinical population, but they should also have validity control scales of the responses (Seijo, Fariña & Vilariño, 2014), they must be validated for the assessment of the target population, however they should not focus solely on the exploration of symptoms related to Posttraumatic Stress Disorder, but also explore comorbid psychopathology and related symptoms (Drach, Wientzen & Ricci, 2001; Habib & Labruna, 2011).

Based on the research conducted and the indications given by the scientific community noted above, the tests known as Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) and Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) are the two tests that gather the greatest qualities to guide us towards an assuring assessment process.

The Trauma Symptom Checklist for Children (Briere, 1996) and the Trauma Symptom Checklist for Young Children (Briere, 2005) are two parallel forms of the same psychometric test, which was designed to measure post-traumatic symptoms in children. The TSCC is a self-administered test for children aged 8 and 16; and the

TSCYC is a hetero-administered test which is aimed at parents and guardians with dependent children aged between 3 and 12 years old.

The scales that make up the TSCC include: ANX (Anxiety), DEP (Depression), ANG (anger), PTS (Post Traumatic Stress Disorder), DIS (Dissociation) and SC (Sexual Concerns) The scales of dissociation and sexual concerns have two subscales. These are DIS-O (Dissociation-Overt) and DIS-F (Dissociation - Fantasy), for Dissociation. And the subscales for Sexual Concerns are: SC-P (Sexual Concerns- Preoccupation) and SC-D (Sexual concerns - Distress). The test has two validity scales: UND (Underresponse) and HYP (Hyper response). It also reports on a total of 8 critical items that, in case of positive response will need increased monitoring, care and thorough clinical examination due to the clinical nature of symptoms they are trying to address.

Meanwhile, the TSCYC has the following scales: ANX (Anxiety), DEP (Depression), ANG (Anger/Agression), PTS-I (Stress Disorder - Intrusion), PTS-AV (Posttraumatic Stress-Avoidance), PTS-AR (Posttraumatic Stress-Arousal) TOT-PTS (Post Traumatic Stress - Total), DIS (Dissociation) and SC (Sexual Concerns). It also has two validity scales: RL (Response Level) and ATR (Atypical Responses).

The TSCC and the TSCYC are the only psychometric tests for the specific assessment of traumatic symptoms that have validity scales (Briere, 1996).

The TSCC has been recognised clinically useful by the Members of the International Society for the Study of Traumatic Stress as one of the most widely used self-administered scales to measure post-traumatic symptoms in children and adolescents (Balabam, 2006, in Chung, 2014).

The TSCC was developed in order to have a useful test for a specific but comprehensive assessment of posttraumatic symptoms in children and adolescents. There are very few tests that specifically assess post-traumatic symptoms in children and, practically none if we focus on those that can be adapted to Spanish population.

The TSCC test is useful to psychologically assess victims, in order to determine any psychological damages or consequences that may arise due to particular facts (Hasting & Kelley, 1997; Johnson et al., 2002; Singer et al., 1995; Wolfe, Scott, Wekerle & Pittman, 2001; in Wolpaw, 2005). It has also been useful to evaluate the effectiveness of psychotherapeutic interventions (Cohen & Mannarino, 2000;

Greenwald, 2002, in Wolpaw, 2005; Elhai, Gray, Kashdan & Franklin, 2005; Nolas et al, 2002, in Chung, 2014; Lanktree & Briere, 1995). The questionnaire was also useful in forensic settings (Elliott & Briere, 1994).

The TSCC test has been psychometrically adapted in Korea (Chung, 2014), China (Li et al., 2009), Tehran (Mohammad Khani et al., 2005), Sweden (Nilsson, Wadsby & Svedin, 2008) and in Germany (Bal & Uvin, 2009). The TSCYC has been adapted for the Spanish speaking population in the United States of America (Wherry et al., 2014), for Korean population (Bae et al., 2015) and for the Swedish population (Nilsson, & Svedin Gustafsson, 2012).

As some studies have concluded (Friker & Smith, 2002; Lanktree, Briere & Zaidi, 1991), a measure specifically designed to detect symptoms specifically related to traumatic events such as sexual abuse, could be more accurate in the detection of such symptoms than those tests assessing overall performance.

The use of classical tools that are not designed specifically for the assessment of children who are or have been victims of sexual abuse have serious limitations, and therefore validated instruments must be used to explore the clinical consequences that scientific research has shown as a common result in such cases (Pereda & Abad, 2013).

According to Echeburúa, Amor & Corral (2003, p.505) in the field of clinical forensic psychology “designing assessment tools short and specific to have adequate psychometric properties, that do not overlap each other, which are adapted or validated with Spanish samples and are sensitive to the early detection of mental disorders, as well as therapeutic changes” is a challenge for research.

The TSCC test is probably the most widely used amongst all of those used to assess traumatic symptoms in the United States and Canada in both in clinical and forensic settings (Wolpaw et al., 2005). The “NCAC Model” and “FAC Model” are two of the most widespread models in the United States for assessment and treatment of child victims. American models incorporate the use of psychometric tests both in psychopathological assessment process. Along with the Child Sexual Behaviour Inventory - CSBI (Friedrich, 1998) it is the only evidence relating to the assessment of post-traumatic symptoms that has been standardised and it has normative data available for clinical use (Briere, 2001).

The TSCYC is especially useful when there is a significant lack of measuring instruments to assess symptoms after a traumatic event in younger children.

Tests under study have validity scales, which are especially useful for the forensic context, in which it is particularly important to value issues such as simulation, over-simulation or concealing symptoms.

Another subject especially useful is the relation between cost and benefits which is derived from the test being standardised. In this regard, in a very short period of time the test provides a broad overview of the minor's emotional state as it informs about multiple symptoms in children and adolescents. This is particularly important in the public health system or in court system, where there is a high influx of cases to be resolved and in a rather short period of time.

The validation of psychometric tests by forensic professionals has been acclaimed by the scientific community (APA, 1994, 2009; Association of Family and Conciliation Courts, 2006; Bow et al., 2006; Committee on the Revision of the Specialty Guidelines for Forensic Psychology, 2006; Flens & Drozd, 2005; Hamilton, 1998; Heilbrun, 1992, 2001; Koocher, 2006; Medoff, 2003; Otto Heilbrun, 2002; Perrin & Sales, 1994; in Medoff, 2010, and Echeburúa, Muñoz & Loinaz, 2011, in Scott, Manzanero & Köhnken Muñoz, 2014) and especially, in this context, with children who have been victims of sexual abuse (Pereda & Arch, 2012).

Clinically, the test may be useful to evaluate the therapeutic improvement of those children currently on treatment or to assess the effectiveness of an intervention program.

The main aim of this research was to psychometrically adapt the TSCC (Briere, 1996) and TSCYC (Briere, 2001) questionnaires for Spanish children who have been victims of sexual abuse.

This research also had the following objectives: 1) To analyse the factor structure in order to find the underlying theoretical structure of TSCC and TSCYC; 2) To learn how reliable the TSCYC and TSCC test are through the analysis of Cronbach's Alpha Coefficient for internal consistency; 3) To recognise the concurrent validity of the TSCC and TSCYC with respect to other tests such as the CBCL and YSR, as well as in relation to the TSCC in the TSCYC's case; and 4) To appreciate the

discriminating validity of the TSCC and TSCYC tests according to sex, age and whether a minor has been polyvictimised or not.

The hypotheses raised were: 1) The same prime factors in the original version of the TSCC and TSCYC evidence will be obtained, which will allow to make changes in the sub-factors as we are dealing with populations from different cultures and origins (American vs. Spanish) ; 2) The reliability of the tests is expected to be satisfactory; the scores obtained through Cronbach's Alpha Coefficient will be significant (close to/or above .80) on the different scales of the TSCYC and TSCC, as well as the total of both tests, which would point towards an appropriate internal consistency of each respective test; 3) It is expected to obtain high correlations between the TSCC and YSR tests (as both are self-administered test), reporting on an adequate concurrent validity for the TSCC. A lower correlation will be obtained regarding the CBCL (since this is a hetero-administered test); 4) Expected high correlations between CBCL TSCYC and tests (both being hetero-administered tests), reporting on adequate concurrent validity for the TSCC; and 5) It is expected to find significant differences in scores on the TSCC and TSCYC tests depending on the age, sex and suffered other victimising situations (which is known as polyvictimisation).

The sample was made up by a total of 118 children between the ages of 3 and 17 and their parents or guardians, living in Madrid and its suburbs; treated at a psychotherapeutic level on an outpatient basis between 2013 and 2015, whose reason for consultation was suspected child sexual abuse, who met the inclusion criteria established for the investigation, who offered their consent to participate in said research and who were not excluded by any of the criteria needed for this study.

The TSCC was applied to a total of 90 children from the total sample and TSCYC by a total of 56 parents or legal guardians.

The design of said research was experimental multivariate, transversal and with retroactive effect or “ex post facto”.

A structured interview was specifically designed for this research, which granted the collection of all the descriptive data from the sample. This interview was created considering the variables identified by scientific research as relevant in the current field of study (e.g. type of relationship with the perpetrator, the risk and protective factors,

type of sexual abuse, duration of abuse, etc.); It was also based on Barnett, Manly and Cicchetti's system to classify child abuse (1993).

The questionnaires and psychometric tests used were: TSCC (Briere, 1996), TSCYC (Briere, 2005), CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001), YSR (Achenbach & Rescorla, 2001), JVQ-Spanish Version (Hamby, Finkelhor, Ormrod and Turner, 2006), PERQ (Cohen & Mannarino, 1996), A-DES (Armstrong, Putnam, Carlson, Libero & Smith, 1997) and CDC (Putnam, 1990).

A comprehensive literature search was carried out through different electronic and online resources as well as databases, papers and scientific journals. The research was based on the following criteria: the language (Spanish or English publications), its temporality (publications from the 90s) and the subject (child sexual victimization from a forensic clinical perspective). Some of the key words used (in both Spanish and English) were: sexual abuse, child, assessment, protocol, testing, screening, scale, checklist, questionnaire, standardized, clinical, forensic, assessment, measure, reliability, validity, psychometric, properties, psychopathology, victim, polyvictimisation. The names of renowned authors in the area of research on which the study is based, as well as the name of psychometric tests and questionnaires were also used as keywords.

Data analysis was performed using IBM's ® software application SPSS® Statistics, version 22. The calculations made were: exploratory factorial analysis, Cronbach's Alpha Coefficient, Pearson's Coefficient Correlation and Student's T test.

In factorial analysis provided a 9 factor solution for the TSCC test and an 8 factor one for the TSCYC test.

The TSCYC's factorial structure remains true to the author's original study, but there are some differences in the case of the TSCC test. For example, the anxiety scale of the original test in the present study is divided into two scales; one would measure anxiety and the other one that would measure anxiety and other fears. On the dissociation scale, whilst Briere gets two subscales, the present study offers a solution of a single unified scale, without actually making the distinction between manifested dissociation and dissociative fantasy, which Briere does. When it comes to sexual concerns, whilst the original version presents a full scale which is subdivided into two

subscales (concerns and distress), the current study has obtained an answer based on three subscales; one comprises a more emotional area, another comprises cognitive issues and the last one measures issues related to the behavioural sphere.

In relation to the internal consistency, the values obtained in Spain for the TSCC test are similar to those obtained in the study by Briere (1996), which show a significantly higher value in this study in the general internal consistency for all clinical scales.

Regarding the internal consistency obtained in this study in relation to the TSCYC test, the results are similar to those achieved by Nilsson, Gustafsson and Svedin (2012) in Sweden.

The correlations between the TSCYC and CBCL's scales to determine the convergent validity were significantly lower than those of other studies (Gilbert, 2004 & Wherry et al., 2008). However, generally, the studies collected in which an analysis of correlation between the scores in the TSCC and TSCYC has taken part, offers correlations between low and moderate, which is consistent with the results achieved in the present study.

In relation to the analysis of differences depending on the gender of the victim, this study has detected statistically significant differences in the scores on the depression and post-traumatic stress scales and the total score of the TSCC; with girls obtaining higher scores. In the case of the TSCYC, significantly higher scores were obtained on the scales of anxiety, posttraumatic stress-intrusion and avoidance-traumatic stress; being girls the ones who, depending on the responses provided by their parents, would present a higher level of the indicated symptoms.

As for the age variable, in this research statistically significant differences were obtained amongst the youngest children in the sample (8-12 years old) and the older ones (13 to 16 years of age) in some of the clinical scales. The older children (13-16 years) had significantly higher scores on the depression, PTSD and dissociation scales, as well as the total score of the TSCC test.

In the case of the TSCYC there were no statistically significant differences obtained based on the age of the minor in any of the clinical scales, nor in respect to the total test score.

Those children who were polyvictimised had significantly higher scores on all TSCC clinical scales as well as the total score of the test. The authors who conducted the psychometric adaptation of the TSCC in the Swedish population Nilsson, Wadsby & Svedin (2008) had already reported on these results.

The TSCYC found statistically significant differences amongst polyvictimised and non-polyvictimised children on the aggressiveness/anger and the post-traumatic-stress arousal scales, being polyvictimised children those who had significantly higher scores on these scales.

The most important limitations of this study were: 1) Accessing the sample, which was limited. There was a total sample of $n=118$. The test TSCC was successfully applied on a total of 90 children and the TSCYC on 56 parents or legal guardians. 2) It was not possible to assess psychometric properties of the test as test-retest reliability. 3) The present investigation has no control group. 4) The characteristics of the sample and the subject of research supposed coming across polyvictimised children in many cases; for this reason, it cannot be ensured that the symptoms measured by the tests show a unique and exclusive relationship to a single variable, child sexual abuse.

PRIMERA PARTE:
INVESTIGACIÓN TEÓRICA

CAPITULO I – ABUSO SEXUAL INFANTIL Y OTROS MALOS TRATOS EN LA INFANCIA

1.1. Antecedentes

El maltrato infantil y el abuso sexual, como tipo de maltrato en la infancia, supone un problema social presente en todos los países, culturas y estratos sociales. Prueba de ello es el hecho de que organismos reconocidos internacionalmente tales como la ONU han propuesto medidas de intervención desde distintos ámbitos (judicial, social, etc.).

Previo al reconocimiento de los derechos del niño por parte de organismos como la ONU, la infancia cuenta con una historia que le ha permitido transcurrir de una posición carente de derechos para pasar a ser portadora de los mismos, ser un sujeto de derecho. En este sentido, históricamente parecían estar justificados ciertos modos de maltrato o “métodos educativos” basados en la violencia o el castigo físico al considerarse al niño como propiedad de los padres. Tal como informa Monzón (1996), si nos remontamos a la Antigüedad, los niños fueron empleados como objetos sexuales. En la Roma Imperial, se castraba a los niños y se abusaba de ellos. En la Edad Media se creyó que los niños desconocían las nociones de placer y dolor. Durante el Renacimiento empezó a reprobarse la manipulación infantil con fines sexuales y durante el Siglo XVIII se castigaba las conductas masturbatorias a través de la circuncisión o la clitoridectomía.

La problemática de los abusos sexuales en la infancia, y en general, del maltrato infantil, es una constante histórica, aunque se le ha ido ofreciendo un reconocimiento hace relativamente poco. Es en 1860 cuando Pardiou, en Francia, describe varios casos de maltrato físico en menores que tendrían su origen en el seno familiar. Años más tarde, en 1874, se debatió en los tribunales de Estados Unidos de América el primer caso de maltrato infantil, conocido por el nombre de la menor, Mary Ellen Wilson, quien fue víctima de malos tratos por parte de sus padres adoptivos. Este caso sentaría un precedente al ser el primer caso en el que se reconocerían los derechos de la infancia. En ese momento no se contaba con legislación que velara por los derechos de los niños, a pesar de sí haberla para el maltrato animal. Es así como la Sociedad Americana para la

Prevención de la Crueldad hacia los Animales ganó el caso al considerar que el ser humano, al pertenecer al reino animal, debía de ser protegido.

A partir de este precedente, empieza a haber un progresivo reconocimiento de los derechos del niño, mayor implicación y reconocimiento social e institucional, así como un incremento de la investigación en este ámbito. En el año 1874 se crea el “National Center of Children Abuse and Neglect-NCCAN”, en Nueva York, fundándose poco después la “National Society for the Prevention of Cruelty to Children-NSPCC” en Londres.

A principios del siglo XX y como primer profesional cercano al ámbito de la psicología, Freud reconoció la gravedad de la problemática de los abusos sexuales a la infancia y las graves consecuencias psicopatológicas. Así establece, por ejemplo, la etiología de la histeria en base a una experiencia sexual traumática de sus pacientes, que lleva posteriormente a elaborar su teoría sobre la seducción.

En 1959 la ONU aprueba la “Declaración de los Derechos del Niño”, como proyecto provisional, haciéndolo extenso a múltiples países y aprobando el texto definitivo en 1989, promulgándose como ley en España un año después.

Es a partir de los años 60 cuando se produce una auténtica proliferación de estudios e investigaciones, así como una mayor sensibilización, en el tema de la infancia y, en especial, de los malos tratos. De dicha época destacan los estudios de Kempe y cols. (1962) sobre el síndrome del niño apaleado, caracterizado por un cuadro clínico que se manifiesta en los niños que han recibido malos tratos severos, que producen lesiones permanentes, llegando a poder producir la muerte. Dicho autor apoyó la hipótesis sobre la transmisión intergeneracional del maltrato.

1.2. Conceptualización del abuso sexual infantil como tipo de maltrato

El maltrato infantil, según Sanmartín (2008), se puede definir como cualquier acción u omisión intencional que causa un daño o puede causarlo a un menor. Dicho daño puede ser de distintos tipos: físico, abandono o negligencia, psicológico, abuso sexual.

A continuación (Tabla 1) pasan a exponerse una las distintas tipologías de malos tratos en la infancia junto con la definición de cada una de ellas propuesta por el Observatorio a la infancia.

Tabla 1 – *Tipos de malos tratos en la infancia.*

TIPO	ACCION	OMISION
PRENATAL	Circunstancias de vida de la madre en las que exista voluntad que influyan negativa o patológicamente en el embarazo y repercutan en el feto.	No atender a las necesidades y cuidados propios del embarazo que tienen repercusiones en el feto.
	<ul style="list-style-type: none"> Formas: Hábitos tóxicos de la madre: alcoholismo (síndrome alcohólico fetal) toxicomanías (síndrome de abstinencia neonatal). 	<ul style="list-style-type: none"> Formas: embarazos sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal.
FÍSICO	<p>Cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Formas: lesiones, cutáneas (equimosis, heridas, hematomas, escoriaciones, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeo, asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones, síndrome de Münchausen por poderes. 	<p>Desatender las necesidades del niño y los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> Formas: desatención, abandono, retraso crecimiento no orgánico, “Niños de la calle”, constantemente sucio, problemas físicos o necesidades médicas no atendidas, o ausencia de los cuidados médicos rutinarios (vacunaciones).
POSTNATAL		
EMOCIONAL	<p>Acción capaz de originar cuadros psicológicos-psiquiátricos por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> Formas: rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper o implicar a un niño en actividades antisociales. 	<p>Omisión o negligencia en la atención a las necesidades emocionales del niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> Formas: privación afectiva, no atender las necesidades afectivas del niño (cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, rol en la familia, autoestima, etc.), abuso pedagógico.
SEXUAL	<p>Abuso sexual: implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto.</p> <ul style="list-style-type: none"> Formas: <ul style="list-style-type: none"> Con contacto físico: violación, incesto, pomografía, prostitución infantil, sodomía, tocamientos, estimulación sexual. Sin contacto físico: solicitud indecente a un niño o seducción verbal explícita, realización de acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición de los órganos sexuales a un niño, promover la prostitución infantil, pornografía. 	<p>No atender a las necesidades del niño y a su protección en el área de la sexualidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> Formas: no dar credibilidad al niño, desatender demanda de ayuda, no educar en la asertividad, madre que prefiere “no verlo”, consentimiento pasivo en el incesto, falta de formación e información, falta de protección.

Fuente: Observatorio de la Infancia Grupo de Trabajo Sobre Maltrato Infantil (2006).

El concepto de malos tratos infantiles ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo, no habiéndose fijado unos límites o criterios claros acerca de lo que se considera buen o mal trato. Factores que han influido en la evolución del concepto han sido los cambios culturales, la existencia de un mayor número de investigaciones, un mayor conocimiento acerca de dicha problemática, las creencias y valores sobre la infancia en una cultura dada en un momento histórico determinado, los conocimientos sobre la infancia y las falsas creencia y mitos acerca del maltrato en una cultura y un momento dado, entre otros.

Así, por ejemplo, la aparición y la mayor disponibilidad y accesibilidad a las nuevas tecnologías y a medios como internet o móviles de tercera generación que permiten realizar fotografías así como enviarlas por medios de mensajería conlleva la aparición de nuevos modos de maltrato o victimización como es el *grooming* o victimización sexual online o el sexting, tipos de victimización llevados a cabo mediante las nuevas tecnologías. Con ello se produce una resignificación de conceptos como el maltrato o el abuso sexual infantil dado el cambio en el juicio social sobre el buen trato y el maltrato.

A continuación se expone una figura gráfica que refleja una síntesis de lo indicado anteriormente.

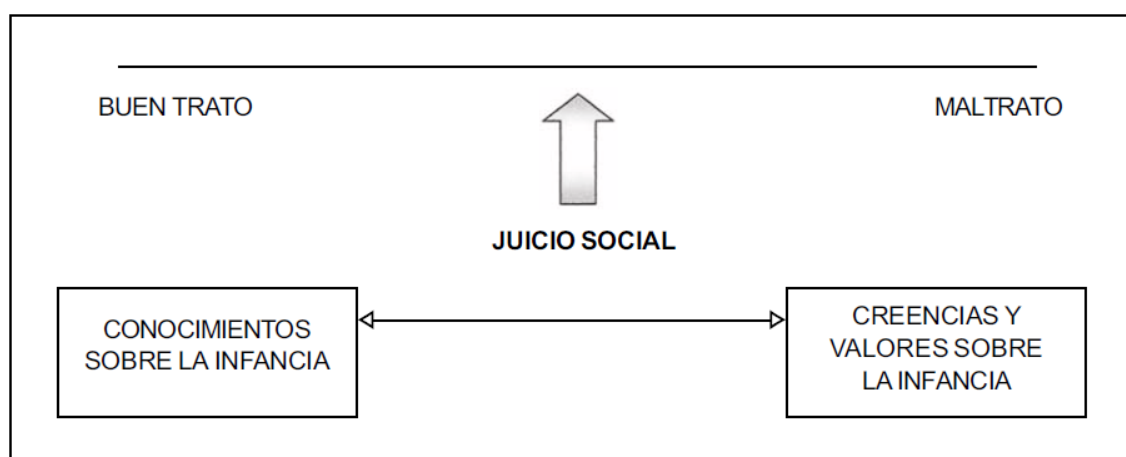


Figura 1 – Perspectiva histórico-cultural del maltrato.

Fuente: Pereda (2006).

En relación al abuso sexual infantil, las falsas creencias que se han asumido culturalmente han condicionado el grado de conocimiento alcanzado en relación a dicho problema social. Una de las mejores síntesis encontradas sobre las falsas creencias que se han relacionado en torno al abuso sexual la hemos encontrado en la publicación de Catalán (2004) y pasa a exponerse a continuación:

Tabla 2 – *Falsas creencias sobre el abuso sexual infantil.*

FALSO	VERDADERO
Los abusos sexuales son poco frecuentes.	En España, el 23% de las mujeres y el 15% de los hombres han sido víctimas de algún tipo de abuso sexual en la infancia.
Sólo los sufren las niñas.	El 40% de las víctimas de abuso sexual son niños.
Quienes lo cometen están locos; son personas conflictivas y extrañas o han sufrido abuso en su infancia.	Los abusadores son personas con apariencia normal, de estilo convencional, de inteligencia media y no psicóticos, siendo imposible detectar una tendencia desviada a simple vista.
Sólo se dan en determinadas clases sociales.	El abuso sexual puede darse en cualquier nivel socioeconómico o cultural, aunque se detecta con más frecuencia en ambientes socio-culturales bajos.
Los niños no dicen la verdad.	Los niños no suelen mentir cuando realizan una denuncia de abuso sexual. Según señalan diferentes estudios sólo el 7% de las declaraciones resultan ser falsas. Este caso se produce en ocasiones como una forma de apartar una figura no deseada del entorno el menor, o como justificación del fracaso escolar o del absentismo académico.
Los menores son responsables de los abusos.	La responsabilidad única de los abusos es del agresor.
Los menores pueden evitarlo.	Los niños pueden aprender a evitarlo, pero generalmente, cuando les sucede les coge por sorpresa, les engañan o les amenazan y no saben reaccionar adecuadamente.
Si ocurriera a un niño cercano, nos enteraríamos.	Sólo un 2% de los casos de abuso sexual familiar se conocen al tiempo en que ocurren.

Los agresores frecuentemente son personas ajenas al entorno del menor.	Los agresores pueden ser tanto familiares o conocidos de la víctima (65%-85%) como personas desconocidas (15%-35%), aunque predomina el primer grupo.
Los abusos van acompañados de violencia física.	Sólo en un 10% de los casos los abusos vienen asociados a violencia física.
Los efectos son casi siempre muy graves.	Un 70% de las víctimas presentan un cuadro clínico a corto plazo y un 30% a largo plazo. No obstante, la gravedad de los efectos depende de muchos factores y, en ocasiones, algunos actúan como amortiguadores del impacto.
En la actualidad se producen con mayor frecuencia.	Ahora se conocen mejor, antes no se estudiaban ni se denunciaban. Han existido en todas las épocas. Hoy sí existe una mayor conciencia y sensibilización al respecto.
Un comportamiento hipersexualizado es siempre indicio de la existencia de abuso.	En ocasiones este comportamiento se da porque el menor presencia escenas sexuales protagonizadas por sus adultos de referencia (padres y hermanos mayores, principalmente). También se presenta como forma de demanda de atención o como compensación de carencias afectivas.

Nota: Tabla 2 (continuación).

Fuente: Catalán (2004).

La investigación en este ámbito ha propuesto varios modelos para intentar ofrecer una explicación acerca del fenómeno del maltrato infantil, entre los que se destacan:

- El modelo psiquiátrico. Es el modelo más clásico. Defiende y se basa en que los agresores presentan un trastorno de personalidad o psicológico que les conduciría a llevar a cabo tales malos tratos. Tal modelo fue perdiendo apoyo empírico al demostrarse que únicamente entre el 10% y el 20% de agresores o maltratadores presentarían problemas mentales.

- El modelo sociológico (Gil, 1970). Este modelo, nacido en los años 70, propone que sería en el entorno social en el que se encuentra el agresor o maltratador, donde deberían buscarse los factores y causas que propiciaron la aparición del maltrato.
- El modelo sociointeractivo (Parke y Collmer, 1975; Wolfe, 1987). Se trata del primer modelo bidireccional, que tiene en consideración tanto al agresor como a la víctima potencial. Según este modelo, habrían factores que pertenecen a la víctima y otros propios del agresor que propiciarían la aparición del maltrato.
- El modelo ecológico o ecosistémico (Belsky, 1993; Bronfenbrenner, 1979). Es quizás el modelo explicativo más ampliamente extendido y aceptado. Pretende explicar el fenómeno del maltrato infantil en base a distintos ámbitos o niveles: el nivel ontogenético (individual), el microsistema (familiar), el exosistema (entorno social) y el macrosistema (el entorno cultural).

A continuación pasa a exponerse gráficamente las bases del modelo ecológico, al ser éste uno de los modelos que ha tomado mayor sustento científico.

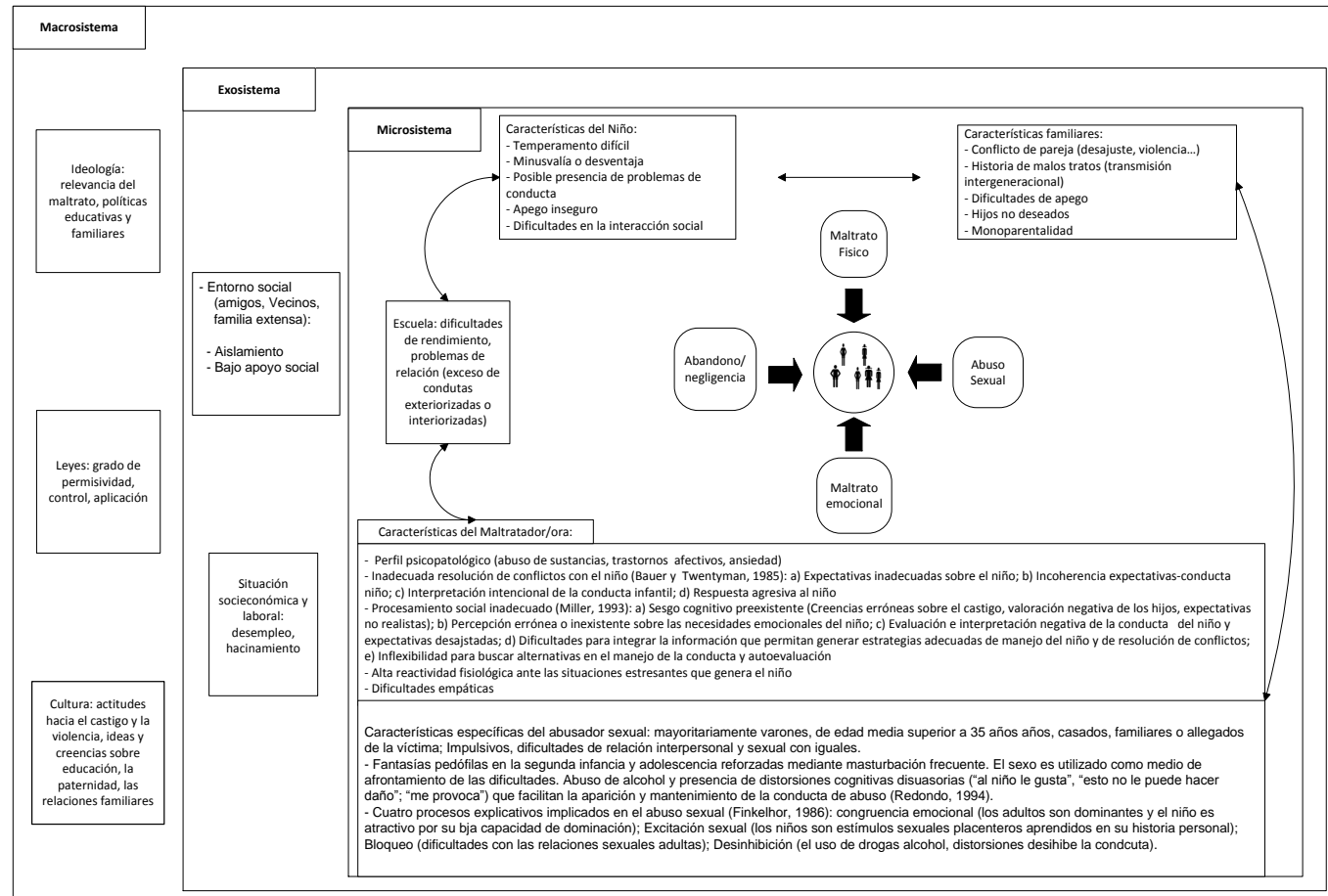


Figura 2 – Modelo ecosistémico integrador del maltrato infantil.

Fuente: Mas y Carrasco (2012).

El abuso sexual infantil, como una de las modalidades de malos tratos a la infancia, se estima que conforma el 10% de los malos tratos infantiles informados a las autoridades (Putnam, 2003, en Jeffrey. 2014). Este tipo de maltrato también ha presentado dificultades para su definición al no existir un acuerdo único y darse diferencias sobre los criterios definitorios tanto entre profesionales de distintos ámbitos (por ejemplo, entre el ámbito asistencial o de la salud y el judicial) y entre países, entre otros motivos, por existir legislaciones distintas. Es por ello que en la comunidad científica resulte habitual la referencia al término victimización sexual infantil, que adquiere un sentido más amplio y facilita un mayor entendimiento a nivel interdisciplinar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) indica que *“se considera abuso sexual infantil a involucrar al niño en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales está evolutivamente inmaduro y tampoco puede dar consentimiento, o en actividades sexuales que trasgreden las leyes o las restricciones sociales”*. Además, prosigue, *“el abuso sexual infantil se manifiesta en actividades entre un niño/-a y un adulto/-a, o entre un niño/-a y otro/-a que, por su edad o por su desarrollo, se encuentra en posición de responsabilidad, confianza o poder. Estas actividades –cuyo fin es gratificar o satisfacer las necesidades de la otra persona– abarcan pero no se limitan a: la inducción a que un niño/-a involucre en cualquier tipo de actividad sexual ilegal, la explotación de niños/-as a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales y la explotación de niños/-as a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales y la explotación de niños/-as en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas”*.

La definición de la OMS anteriormente expuesta es la que mundialmente ha sido más aceptada al incorporar los criterios de que el menor se encuentra inmerso en actividades o comportamientos para los que no se encuentra preparado ni física ni psicológicamente, sin disponer de la capacidad de consentimiento, transgrediendo la legislación vigente en cada país (Stoltenborgh, Van Ijendoorn, Euser y Bakermans-Kranenbirg, 2011, en Amado, Arce y Herraiz, 2015).

El DSM-5 (APA, 2013) define el abuso sexual infantil como *“cualquier tipo de actividad sexual con un niño que esté destinada a proporcionar una satisfacción sexual*

a uno de los padres, un cuidador o cualquier otro individuo que tenga alguna responsabilidad sobre el niño. Los abusos sexuales incluyen actividades tales como caricias en los genitales del niño, penetración, incesto, violación, sodomización y exhibicionismo indecente. También se incluye como abuso sexual cualquier explotación del niño, sin necesidad de contacto por parte de un progenitor o cuidador; por ejemplo, obligando, engañando, atrayendo, amenazando o presionando al niño para que participe en actos de satisfacción sexual a terceros, sin contacto físico directo entre el niño y su agresor” (p. 400). El abuso sexual infantil en el DSM-5 se incluye dentro del epígrafe sobre “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”.

Por otra parte, la “American Academy of Pediatrics” (1991), ha definido el abuso sexual como actividades sexuales en las que se encuentran inmersos un niño y un adulto u otro niño con una edad significativamente mayor.

Otra de las definiciones más extendidas ha sido la propuesta por el National Center on Child Abuse and Neglect (1978), en Estados Unidos, quien indica que el abuso sexual se produce *“en los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. También puede cometer el abuso sexual una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando está (el agresor) en una posición de poder o dominio sobre otro menor*” (p.2). La mayor ventaja de esta definición es que permitió incorporar tanto los abusos sexuales con contacto físico como aquellos que se producen sin tal contacto, así como la explotación sexual.

Cabe destacar que en la comunidad científica el término “abuso sexual infantil” ha sido empleado indistintamente para los niños y para los adolescentes (Rich, Gidycz, Warkentin, Loh y Weiland, 2005, Schoedl et al., 2010, en Amado, Arce y Herraiz, 2015).

Como puede observarse, las definiciones de abuso sexual propuestas han sido múltiples, algunas son más restrictivas, mientras que otras tienen una perspectiva más amplia. En el ámbito de las ciencias sociales y de la salud es común emplear definiciones de abuso sexual que suelen abarcar los distintos delitos contra la libertad e indemnidad sexual, recogidos en el código penal, en una sola definición. También ha

resultado habitual emplear una u otra definición a conveniencia de los investigadores, según la adecuación de ésta a los objetivos de la investigación planteada.

A pesar de lo indicado, la mayoría de profesionales del ámbito social hacen uso de los criterios propuestos por Finkelhor y Hotaling (1984), que a su vez han sido empleados por investigadores en España como López (1994). Dichos conceptos han sido el de coerción, como modo por el que se logra el contacto sexual a través del uso de la manipulación, presión, autoridad o el engaño, y la asimetría de edad o diferencias a nivel madurativo, que conlleva a una incapacidad a una libre decisión por el que se encuentra en un nivel inferior y mantener una actividad sexual compartida, puesto que las partes cuentan con experiencias, grado de madurez biológica y expectativas sobre la sexualidad distintas. En relación al criterio de diferencia de edad, Finkelhor y Hoatig (1984) indicaron como directriz, la existencia de una diferencia de al menos 5 años en los casos de víctimas de hasta 13 años de edad, y de 10 años de diferencia si la víctima es mayor de 13 años.

Las conductas abusivas pueden suponer un contacto físico, ya sea por medio genital, anal u oral, o conllevar un uso del menor como objeto sexual para la estimulación del agresor, como es el caso del exhibicionismo o el voyeurismo, o para terceras personas, como es el caso del uso de menores para producir pornografía infantil (Madansky, 1996, en Sanmartín, 2008).

Los tipos de abuso sexual infantil se han clasificado también según sea intrafamiliar (conocido también como incesto) o extrafamiliar (Fischer y McDonald, 1998).

Otra clasificación sobre la tipología de abusos sexuales a la infancia ha sido la de abusos sexuales agudos, para los casos en los que ha sido un abuso puntual, que suele producirse por parte de un desconocido, y crónicos, casos que se dilatan en el tiempo, con múltiples episodios y que se suelen producir de la mano de una persona allegada que dispone de acceso al menor víctima (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Otra tipología establecida dentro del abuso sexual infantil sin contacto físico ha sido la de exposición involuntaria a material sexual en internet (Mitchell, Finkelhor y Wolak, 2001).

Una de las más recientes tipologías de abuso sexual infantil ha sido el conocido on-line sexual grooming, en el que el menor es víctima de abusos sexuales a través de internet. Paralelamente al on-line sexual grooming se ha venido dando también otro tipo de victimización sexual en base a la realización de fotografías o vídeos propios que son enviados a través de la telefonía móvil o por internet, conocido como sexting.

Otros abusos sexuales posibles son la explotación sexual infantil, vinculada o no a prostitución sexual infantil, en la que se emplea a menores con fines sexuales a cambio de una remuneración económica o en especies.

1.3. Los abusos sexuales infantiles en cifras

Resulta realmente complicado cuantificar y estimar la prevalencia e incidencia de los abusos sexuales dada la denominada “cifra negra” de este tipo de situaciones, puesto que parte de los casos no se han denunciado ante instancias policiales o judiciales o ni siquiera se han notificado ante centros asistenciales como los servicios sociales. El hecho de que los actos abusivos se produzcan en la más estricta intimidad, se inste al menor a guardar silencio y las dificultades que ello supone para la revelación de los hechos son factores que dificultan el estudio de la magnitud del problema. Otro obstáculo con el que la investigación se encuentra en el estudio de la prevalencia y la incidencia del abuso sexual es la dificultad para definir lo que supone un abuso sexual, así según la definición empleada para el estudio (junto con el tipo de encuesta o estrategia para la recogida de datos empleada), se han alcanzado unos resultados u otros.

Entendemos por incidencia el número de casos denunciados o detectados por los profesionales y/o autoridades en un periodo de tiempo determinado.

Por otro lado, al hablar de prevalencia nos referimos al número de sujetos que han sido víctimas de abuso sexual a lo largo de su infancia, obteniéndose dicho dato, habitualmente, a través de estudios retrospectivos como el efectuado por López (1994), siendo el único realizado en España por el momento.

Según Sanmartín (2008), los casos denunciados y confirmados representarían únicamente entre el 10% y el 20% de los casos de malos tratos. Lo indicado probablemente se deba a la naturaleza y características de este tipo de victimización,

caracterizada por la vergüenza, en la que se insta a guardar secreto y no revelar los hechos, produciéndose tales actos abusivos de forma clandestina. En consecuencia, tal como han indicado algunos autores, las cifras “*reflejan más el número y la cantidad de los servicios comunitarios relacionados con la infancia que la magnitud real del problema*” (Palacios, 1995, p.71).

A continuación se expone de forma gráfica la problemática expuesta anteriormente acerca de la dificultad en la detección del maltrato infantil y, por extensión, del abuso sexual infantil como modalidad de maltrato a la infancia.



Figura 3 – Niveles de detección en el abuso y la negligencia infantil (elaboración propia a partir de National Center on Child Abuse and Neglect, 1988).

Fuente: National Center on Child Abuse and Neglect, USDHHS (1988), en World Health Organization, Child Health and Development Division of Family Health, Injury Prevention Programme Division of Emergency and Humanitarian Action and Division of Mental Health (1994).

En uno de los estudios llevados a cabo más recientemente acerca de la prevalencia del abuso sexual, en base a valoraciones efectuadas en adolescentes de edades avanzadas, llevado a cabo por Finkelhor et al. (2014) se estableció que el 26,6% de chicas y el 5,1% de los chicos habían sido víctimas de abuso sexual infantil.

Un estudio meta-analítico a nivel mundial efectuado por Barth et al. (2012), en el que se revisaron un total de 55 estudios, determinó que el 9% de mujeres y el 3% de hombres habían sufrido abusos sexuales con penetración; los datos obtenidos en el caso de abusos sexuales a los que los investigadores denominaron “mixtos” al darse episodios con penetración y otros sin penetración, sería del 15% de mujeres y el 8% de hombres.

Otros estudios han establecido la prevalencia del abuso sexual en un 11.8% (Stoltenborgh et al., 2011). En otras investigaciones como el estudio meta-analítico a nivel internacional llevado a cabo por Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito (2009), en base a un total de 65 artículos, se ha notificado una prevalencia mundial del 7,9% en el caso de los niños y del 19,7% en las niñas.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud ha indicado que la prevalencia del abuso en el caso de las niñas se encuentra entre el 18% y el 20%, mientras que para los niños se encuentra en un 8%.

En uno de los estudios pioneros y de los más relevante llevado a cabo en España sobre la prevalencia del abuso sexual infantil, realizado por López (1994) estableció que el 18,9% de la población habría sido víctima de abuso sexual a lo largo de su infancia; de entre las víctimas, en el 44% de los casos, habrían sufrido abusos sexuales en más de una ocasión.

Otro estudio llevado a cabo por Pereda y Forns (2007), en base a una muestra de 1033 estudiantes de la Universidad de Barcelona, situó la prevalencia de los abusos sexuales en un 17,9% de la población objeto de estudio. El 15,5% de chicos y el 19% de las chicas informaron haber sido víctimas de abusos sexuales en algún momento de su infancia.

En los EE.UU., según el informe emitido por la National Child Abuse and Neglect Data System – NCANDS en el año 2013, la ratio sobre la incidencia registrada de menores víctimas de abuso por cada 1000 niños fue de casi 70 menores (60,95), siendo éste un valor inferior al registrado en otros años anteriores.

A continuación se exponen los datos sobre incidencia registrados por la indicada agencia de investigación y estadística, resultando una de las entidades que mayores datos proporciona a nivel internacional. En primer lugar se expone una tabla de prevalencia por tipos de malos tratos y, a continuación, una comparativa de los datos registrados en años anteriores.

Tabla 3 – *Incidencia de malos tratos infantiles en EE.UU. durante el año 2013*

Estado	Víctimas (recuento único)	Tipos de maltrato (recuento duplicado)						Desconocido	Total tipos de maltrato
		Negligencia médica	Negligencia	Otros	Maltrato físico	Maltrato psicológico	Abuso sexual		
Alabama	8809		3383		4473	32	1793		9681
Alaska	2448	59	2295		385	583	123		3445
Arizona	13171		12888		1377	24	458		14747
Arkansas	10370	1047	6659	9	1935	102	2241		11993
California	75641		67588	68	7182	11946	3956		90740
Colorado	10161	163	8399		1214	342	1058	35	11211
Connecticut	7287	296	6429		479	2494	413		10111
Delaware	1915	21	708	166	342	726	165		2128
District of Columbia	2050	125	1479	26	377	494	49		2550
Florida	48457	1158	26289	24718	5082	712	2373		60332
Georgia	19062	788	12793		2207	5591	806		22185
Hawaii	1324	20	207	1068	155	11	70		1531
Idaho	1674		1240	142	365	2	98		1847
Illinois	29719	822	23128		7789	56	5328		37123
Indiana	21755	422	19172		2295	75	3075		25039
Iowa	11345	87	10627	1043	1383	66	499		13705
Kansas	2063	59	379	519	476	250	665		2348
Kentucky	20005		19813		2026	70	875		22784
Louisiana	10119		8828	36	1901	49	696		11510
Maine	3820		2893		807	1400	248		5348
Maryland	12397		9207		2671	23	1782		13683
Massachusetts	20307		20226	16	2749	22	820		23833
Michigan	33938	944	30865	14479	8901	15752	1372		72313
Minnesota	4183	40	2962		900	31	756		4689
Mississippi	7415	331	5393	27	1445	1243	986		9425
Missouri	1827	126	1259		700	149	530		2764
Montana	1414	13	1341	8	158	82	63		1665
Nebraska	3993	3	3595		547	35	319		4499
Nevada	5438	107	4112		1980	56	288		6543
New Hampshire	822	27	667		66	16	136		912
New Jersey	9490	213	8140		1327	48	854		10582
New Mexico	6530	156	6075	2	823	1412	192		8660
New York	64578	3728	69666	19111	6810	574	2237		102126
North Carolina	19873	535	16758	79	1978	90	1645	149	21234
North Dakota	1517	19	1097		189	552	64		1921
Ohio	27562	507	13304		11901	1718	5175		32605
Oklahoma	11575	216	7889		4264	2721	642		15732
Oregon	10280	137	5207	5151	1389	180	858		12922
Pennsylvania	3260	105	117		979	27	2203		3431
Puerto Rico	8850	671	5949	122	2357	4405	258	96	13858
Rhode Island	3132	64	2890	53	434	10	140		3591
South Carolina	10404	279	7099	34	4406	115	675		12608
South Dakota	984		903		141	24	52		1120
Tennessee	10377	157	7082		1274	118	2616		11247
Texas	64603	1738	53914		11688	504	5994	6	73844
Utah	9306	34	2490	560	3850	2760	1992	1	11687
Vermont	746	23	26		319	3	506		877
Virginia	5863	144	3847		1633	64	904		6592
Washington	7132		6351		1501		496		8348
West Virginia	4695	56	2550	529	1592	1284	244		6255
Wisconsin	4526		2884		907	46	1080		4917
Wyoming	720	10	514	13	30	147	88		802
Nacional	678932	15450	539576	67979	122159	59236	60956	287	865643

Fuente: NCANDS. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau (2015).

Tabla 4 – *Comparativa de la incidencia de malos tratos infantiles en EE.UU. entre los años 2009 y 2013 (NCANDS, 2015).*

Año	Nº Estados que informan	Victimas (recuento único)	Tipos de maltrato (recuento duplicado)							Total tipos de maltrato
			Negligencia médica	Negligencia	Otros	Maltrato físico	Maltrato psicológico	Abuso sexual	Desconocido	
2009	50	693484	16845	542581	66487	123621	54424	65998	1928	871884
2010	51	688121	16210	537392	70623	121354	57817	63505	2285	869186
2011	51	676505	15065	530720	69180	118746	60587	61454	1751	857503
2012	52	680200	15711	531473	71613	124718	57518	63007	1326	865366
2013	52	678932	15450	539576	67979	122159	59236	60958	287	885643

Fuente: NCANDS. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau (2015).

La Oficina Nacional de Estadística de Corea registró 2054 casos de abuso sexual en niños y adolescentes en el año 2011, suponiendo un incremento de más del doble de casos respecto al año 2007 (Chung, 2014).

En nuestro país, y en base a la revisión de estudios efectuados para el presente trabajo, cabe destacar los datos publicados en el año 2010 por la FAPMI (Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil). A continuación se exponen los datos de incidencia de la victimización sexual infantil, clasificados según el tipo de victimización, entre los años 2000 y 2008.

Tabla 5 – Denuncias de menores de 18 años víctimas de delitos contra la libertad sexual (Gabinete de Estudios de Seguridad Interior. Secretaría de Estado de Seguridad del Ministerio del Interior; Cuerpo Nacional de Policía y Guardia Civil).

Tipo de victimización sexual	Años								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Abuso sexual	1166	1198	1109	1201	1232	1323	1200	1160	1357
Abuso sexual con penetración	75	95	76	97	111	120	136	146	143
Acoso sexual	63	63	49	52	70	83	64	90	75
Agresión sexual	729	714	641	629	697	692	710	595	652
Agresión sexual con penetración	362	303	331	362	355	397	367	412	352
Coacción / lucro sobre prostitución	28	34	39	80	60	43	32	36	44
Corrupción de menores	103	99	142	164	134	179	226	290	207
Exhibicionismo	833	722	744	590	736	813	684	603	579
Pornografía de menores	56	53	61	49	47	85	180	298	330
Provocación sexual	115	115	46	73	51	91	56	77	73
Total	3530	3396	3240	3296	3493	3826	3655	3901	3814

Fuente: FAPMI (2010).

Cabe destacar que, dado lo indicado anteriormente acerca de la dificultad por conocer la magnitud del problema, los datos anteriormente expuestos suponen la punta del iceberg. Los datos reflejan el número de casos denunciados, lo que no implica que sea el número de casos reales.

En un estudio llevado a cabo en el País Vasco (De Paul et al., 2002) con una muestra de 826 estudiantes universitarios se determinó que la incidencia de víctimas de abuso sexual era del 23,3%; el 86,96% de los casos eran mujeres, mientras que el 13,94% eran hombres.

En otro estudio llevado a cabo por la Universidad de Vigo (Fernández, Lameiras y Failde, 2008), con una muestra de 364 estudiantes, los datos informaron sobre una incidencia del 8%; el 79,5% mujeres y el 10,5% hombres.

1.4. Variables de riesgo asociadas al abuso sexual infantil

A continuación se exponen las distintas variables que la comunidad científica ha puesto de manifiesto que suponen un riesgo ante el abuso sexual infantil. Al final del apartado, a modo de síntesis, se expone una tabla propuesta por Catalán (2004) sobre tales factores de riesgo y vulnerabilidad, tomándose ésta en lugar de la de otros autores por la exhaustividad y grado de integración de los datos recogidos.

Personales

En cuanto a las variables personales asociadas a un mayor riesgo de sufrir abusos sexuales señaladas por la comunidad científica podemos indicar que las niñas presentan mayor riesgo que los niños de ser víctimas de abuso sexual, pues en un estudio de revisión en los que se incluyeron datos de hasta 19 países distintos, se concluyó que las niñas eran abusadas entre 1,5 y 3 veces más que los niños (Finkelhor y Berliner, 1995). Además, éstas parecen ser más susceptibles ante el abuso sexual por parte de miembros de la familia de sexo masculino, mientras que los niños suelen sufrir abusos sexuales por parte de hombres que no pertenecen al grupo familiar (Finkelhor, 1994).

La edad resulta ser también un factor de riesgo en tanto en cuanto la mayor prevalencia de abusos sexuales se producen entre los 6 y 7 años y entre los 10 y 12 años (Finkelhor, 1993). Más del doble de los abusos sexuales se dan en menores prepúberes, momento en el que aparecen los primeros signos del desarrollo sexual y los menores siguen siendo manejables o dominables (López, 1994). El cuarto estudio nacional sobre la incidencia del abuso y la negligencia infantil llevado a cabo en Estados Unidos informaron sobre un incremento en los índices de abuso sexual infantil en los dos primeros años de vida (Sedlak et al., 2010).

Aquellos menores que presentan algún tipo de discapacidad, minusvalía o que se encuentran en una etapa del desarrollo temprano en el que aún no han adquirido el lenguaje, se encontrarían también en una situación de mayor riesgo dado que presentan menores capacidades de defenderse, revelar los hechos (Madansky, 1996, en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

También aquellos menores polivictimizados presentarían mayor riesgo de sufrir abusos sexuales según los estudios llevados a cabo por Finkelhor (2007).

Familiares

Entre los factores de riesgo asociados a la victimización sexual infantil, se han descrito, entre otros, el hecho de que el menor cuente con una única figura parental biológica (Finkelhor, 1997); que el menor resida con una figura masculina que no tenga relación de parentesco con el menor, como es el caso de los padrastros (Black, Heyman y Slep, 2001, en Pereda y Abad, 2013) o parejas de las madres en nuevas nupcias.

También se ha descrito como factor de riesgo el convivir con familia extensa como los tíos (Morgolín, 1994, en Pereda y Abad, 2013).

En relación a la figura materna, se ha indicado que aquellos niños nacidos cuando la madre tenía 17 años (o una edad inferior), presentaban un riesgo de hasta 4 veces mayor de que alrededor de los 5 años de edad revelaran haber sido víctimas de abuso sexual. En el caso de madres de 18 o 19 años, el riesgo era de hasta 3 veces mayor y de 1,5 en las madres de 20 o 21 años (Lee y Goerge, 1999, en Matta et al., 2014).

La escasa supervisión, especialmente por parte de la madre (ya sea por enfermedad o por motivos laborales) (Finkelhor, 1993) o la que pueda darse con ocasión del consumo de drogas por parte de ésta u otro adulto que tenga el menor a su cargo (McCloskey y Bayley, 2000, en Pereda y Abad, 2013). También en este sentido, Pons-Salvador, Martínez, Pérez y Borrás (2006), señalan que en aquellos niños que se confirma el abuso sexual hay un mayor porcentaje de familias con problemas graves de conflictos o problemas de drogodependencias, lo que puede estar relacionado con una menor protección o supervisión por parte de los progenitores.

El hecho de que la madre o el agresor presenten una historia de abuso sexual infantil o de malos tratos físicos (Maida et al., 2005 y Whitaker et al., 2008) ha resultado ser también un factor de riesgo ante el abuso sexual infantil.

La presencia de enfermedad mental en el entorno familiar ha supuesto también un factor de riesgo ante el abuso sexual. Que uno de los progenitores presente un trastorno psicológico o psiquiátrico ha demostrado doblar el riesgo de que los niños

sufran abuso sexual (Walsh, MacMillan y Jamieson, 2002, en Matta et al., 2014). También se ha indicado que la presencia de problemas de salud mental puede exacerbar problemas en el ajuste emocional de los niños tras una revelación de abusos sexuales (Deblinger, Steer y Lippmann, 1999, en Matta et al., 2014).

Las familias en las que el padre es dominante y violento y/o la madre presenta antecedentes de malos tratos presentan igualmente un elevado riesgo de que se produzcan abusos sexuales alguno de los hijos (Cortés y Cantón, 1997).

Sociales

Los barrios con mayores índices de pobreza presentan tasas de abuso sexual infantil hasta 4 veces más elevadas que aquellos barrios con menos pobreza (Drake y Pandey, 1996, en Matta et al., 2014).

También se ha descrito que la pobreza en el entorno familiar resulta un factor de riesgo. Los niños de familias en situación de pobreza presentan un riesgo entre 3 y 7 veces mayor de sufrir malos tratos y abusos (Sedlak et al., 2010).

Dinámicas / Relacionales

Los estilos parentales llevados a cabo por padres que han sufrido violencia o abuso sexual en la infancia parecen ser un factor de riesgo ante el abuso en los hijos (Dilillo y Damashek, 2003, en Pereda y Abad, 2013).

Se ha descrito también que problemas en las relaciones parentales como la violencia entre los padres o cuidadores del menor (Bowen, 2000, en Pereda y Abad, 2013) o las relaciones maritales insatisfactorias (Black et al., 2001, en Pereda y Abad, 2013) pueden suponer factores de riesgo.

Presentarían un riesgo para que se pudiera llegar a producir un abuso sexual infantil aquellas familias en las que los roles y funciones dentro del sistema familiar son difusos, están desdibujados, sustituidos, ausentes o confusos; aquellas familias en las que la barrera intergeneracional no se encuentra claramente fijada y se da una parentificación (Alexander, 1992, en Pereda y Abad, 2013).

Las familias de las víctimas de abusos incestuosos y no incestuosos presentan una menor cohesión, mayor desorganización y, generalmente, son más disfuncionales que las de los niños no abusados. También se ha indicado que las mujeres que sufren abuso sexual infantil suelen describir a sus madres como menos afectuosas, más sobreprotectores y controladoras y a sus padres menos afectuosos y más controladores (Elliott, 1994; Fleming, Mullen y Bammer, 1997, en Cantón y Cortés, 2000).

A continuación, en la Tabla 6, se sintetizan los distintos factores de riesgo y vulnerabilidad asociados al abuso sexual infantil.

Tabla 6 – *Factores de protección y de vulnerabilidad del abuso sexual infantil.*

NIVELES ECOLÓGICOS	FACTORES DE RIESGO		FACTORES DE PROTECCIÓN	
	Predisponentes	Precipitantes	Predisponentes	Precipitantes
Desarrollo del individuo	<ul style="list-style-type: none"> -Introversión -Discapacidad física/psíquica -Baja autoestima -Pobres habilidades de comunicación y de resolución de problemas. -Falta de asertividad y sumisión -Ser mujer -Desconocimiento sobre la sexualidad -Ser hijo no deseado -Trastornos congénitos -Nacimiento prematuro -Falta de habilidades de autodefensa 	<ul style="list-style-type: none"> -Trastorno de la conducta -Enfermedades o lesiones del niño -Complicaciones en el periodo perinatal 	<ul style="list-style-type: none"> -Habilidades interpersonales de comunicación y resolución de problemas -Alta autoestima -Asertividad -Desarrollo normalizado -Educación afectivo-sexual adecuada -Apego materno/paterno 	<ul style="list-style-type: none"> -Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia -Adquisición de habilidades de autodefensa
MICROSISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> -Trastornos físicos/psíquicos (ansiedad y depresión incluidas) de algún miembro de la familia -Drogodependencias de algún familiar -Familia monoparental -Madre joven -Historia familiar de abuso -Falta de afectividad en la infancia de los padres -Desarmonía familiar -Ausencia de vínculos afectivos -Abandono familiar -Elevado tamaño familiar 	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermedades/lesiones de algún miembro de la familia -Conflictos conyugales -Violencia familiar -Falta de control de impulsos -Excesiva proximidad en el nacimiento de los hijos 	<ul style="list-style-type: none"> -Ambiente familiar no violento -Experiencia en los cuidados del niño -Planificación familiar -Satisfacción personal de los miembros de la familia -Educación afectivo sexual adecuada en la familia -Apego materno/paterno al hijo -Armonía marital 	<ul style="list-style-type: none"> -Satisfacción en el desarrollo del niño -Resolución de conflictos familiares -Constitución o fortalecimiento de vínculos afectivos -Salida del hogar del agresor intrafamiliar -Escasos sucesos vitales estresantes -Intervenciones terapéuticas familiares

EXOSISTEMA	-Dificultades en el acceso a recursos sociales y económicos -Insatisfacción laboral	-Desempleo -Conflicto laboral -Fracaso en el acceso a recursos sociales	-Satisfacción laboral -Acceso a recursos sociales y económicos	-Encontrar trabajo -Resolución del conflicto laboral -Éxito en el acceso a recursos sociales
a) Sociolaboral				
b) Vecindario	-Aislamiento social	-Frecuente cambio de domicilio	-Red de apoyo psicosocial amplia	-Integración en grupos de iguales -Participación en asociaciones y actividades vecinales -Apoyo social ante una problemática
MACROSISTEMA	-Alta criminalidad -Baja cobertura de los Servicios Sociales -Desempleo -Marginalidad -Inhibición social a la hora de la denuncia -Fácil acceso a la pornografía infantil -Políticas discriminatorias -Falta de relación afectiva entre los hombres y los niños durante la crianza -Procedimiento penal exclusivamente protector de los derechos del agresor	-Alta movilidad geográfica -Fácil acceso a las víctimas -Aplicación de las penas mínimas a los agresores -Ausencia de control prenatal y perinatal -Conflictos bélicos	-Políticas igualitarias -Aplicación adecuada de las penas a los agresores -Procedimiento penal protector de la víctima	-Puesta en marcha de: programas de prevención, de tratamiento de víctimas y agresores, de mejora de redes de apoyo e integración social de familias con mayor riesgo, programas sanitarios y de investigación -Registro unificado de casos -Constitución de redes de trabajo interdisciplinar
a) Sociales				
b) Culturales	-Aceptación del castigo corporal -Valoración del niño como propiedad de los padres -La familia como un ámbito de privacidad aislado -Concepción del niño como proyecto de persona, no como persona -Tolerancia con todas las formas de maltrato infantil -Negación de la sexualidad infantil -Mito de la familia feliz -Sexismo: fomento de la idea de poder y discriminación -Subcultura patriarcal	-Fracaso de los programas de sensibilización social -Sensacionalismo en los medios de comunicación	-Actitud positiva hacia la infancia, la mujer y la paternidad -Concepción del niño como persona independiente y con derechos -La familia como un ámbito social integrado -Consideración del niño como miembro de la familia, no como propiedad de los padres	-Éxito de los programas de sensibilización social -Asunción de la protección eficaz de la infancia por parte de la sociedad -Implementación de la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas -Cambio de modelos de crianza y familiares -Actitud respetuosa y protectora hacia los niños de los medios de comunicación.

Nota: Tabla 6 (continuación).

Fuente: Catalán (2004).

1.5. Modelos teóricos explicativos del abuso sexual infantil

Mientras que en el capítulo acerca de las consecuencias psicopatológicas del abuso sexual infantil se comentarán cuáles son los modelos sobre las consecuencias del abuso sexual, en el presente apartado pretenden exponerse los principales modelos explicativos sobre las causas del abuso sexual infantil.

Entre los modelos unifactoriales planteados encontramos algunos tales como:

- Modelo biológico: el abuso sexual se produciría por factores genéticos, hormonales y relacionados con los neurotransmisores los cuales afectarían sobre la impulsividad, el interés y la excitación sexual.
- Modelo psicoanalítico: basado en las teorías freudianas, en concreto, en la teoría de la seducción. Dicha teoría pone en relación la seducción sexual de un menor por parte de un adulto, normalmente el padre, con sufrir un cuadro histérico en la edad adulta. La indicada teoría pondría de manifiesto una elevada tasa de abusos sexuales infantiles en la Viena de esa época, por lo que Freud la reformuló indicando que no se tratarían de abusos sexuales reales, sino de fantasías sexuales infantiles reprimidas no satisfechas. Posteriormente, desde una perspectiva psicoanalítica se plantearon teorías desde el lado del agresor, quien en el proceso de formación del self presentaría dificultades en la fase de separación-individuación.
- Modelo feminista: este modelo pone énfasis en la gratificación que percibe el agresor ante el abuso de poder más que por la gratificación sexual en sí misma. El abuso sexual sería una causa del sistema patriarcal tradicional y el desequilibrio de poder inherente en tal sistema. Tal desequilibrio de poder conlleva que el hombre domine no solo a la esposa, sino también a los hijos, a quienes percibe como posesiones suyas al servicio de sus deseos.
- Modelo conductual: basado en la teoría del aprendizaje social, este modelo explica el abuso sexual infantil en base a las experiencias tempranas y aprendizajes por condicionamiento. El agresor llevaría a cabo los actos abusivos como consecuencias de sus experiencias sexuales iniciales y tal fantasía promovería a excitación sexual que le llevaría a cometer actos abusivos.

- Modelo sistémico: según este modelo, cada miembro de la familia contribuiría de algún u otro modo a que se llegara a producir la situación abusiva. Así, por ejemplo, una figura dominante, un menor que presente factores de riesgo personales como los indicados anteriormente, y una madre que facilita poca supervisión o con problemas de consumo o de salud mental podrían favorecer que se diera una situación abusiva.
- Teoría del apego: según la teoría del apego, presentar un apego inseguro predispone a necesidades de dominio en las relaciones, así se favorece a la situación de control, dominio y sometimiento propia del abuso sexual.

Por otro lado, entre los modelos multifactoriales que se han propuesto para dar explicación a las causas del abuso sexual infantil encontramos dos modelos fundamentales:

- Modelo multisistémico (Trepper y Barret, 1989): la situación de abuso sexual se debería a una combinación de múltiples factores entre los que destaca los factores socio-ambientales, los culturales, los relacionados con la familia de origen del agresor, los factores psicológicos individuales y los factores relacionados con el sistema familiar. El abuso sexual sería la manifestación de una problemática familiar, de una crisis del sistema en el que todos los componentes son, al mismo tiempo, victimarios y víctimas de la situación de abuso.
- Modelo de las cuatro precondiciones (Finkelhor, 1984): según este modelo, serían cuatro las precondiciones necesarias que deberían cumplirse para que se produjera una situación de abuso sexual infantil. Tales condiciones serían: la existencia de una motivación, la superación de inhibiciones internas, superación de barreras externas y superar la posible resistencia del niño. Por una parte sería necesario tener el deseo de mantener relaciones sexuales con un niño. Los componentes esenciales de la motivación son la confluencia emocional, la activación sexual y el bloqueo. Por otra parte también se tendrían que superar las inhibiciones internas que bloquean el deseo de relacionarse sexualmente con el niño. La desinhibición puede producirse por ingesta de alcohol, enfermedad mental; a nivel social, la debilidad de las sanciones ante el abuso sexual o una incapacidad de los adultos para identificarse con las necesidades de los niños. Factores que

permiten al adulto superar las barreras externas son la ausencia, enfermedad o distanciamiento de la madre o que ésta sea maltratada o dominada por su compañero sentimental, el aislamiento social familiar, la existencia de oportunidades de estar a solas con los niños, la falta de supervisión de los menores o la existencia de condiciones de alojamiento o distribución de dormitorios que propicien el escenario idóneo para una situación abusiva. Finalmente factores que favorecen el poder superar la posible resistencia del niño son la inseguridad emocional del niño, su ignorancia acerca de los abusos sexuales, haber establecido una relación de confianza entre el niño y el agresor y/o la existencia de coerción entre ambos.

1.6. Protección jurídica de los menores víctimas y marco legal de los delitos contra la libertad e indemnidad sexual infantil.

Tanto la legislación nacional como la internacional cuentan con un marco normativo que garantiza la protección de los derechos a la infancia, entre ellos los relativos a la libertad e indemnidad sexual.

A continuación pasa a exponerse los hitos y elementos jurídicos más relevantes y fundamentales que han contribuido a la protección del bien jurídico protegido que nos ocupa en la presente investigación, el relativo a la libertad e indemnidad sexual de los menores de edad, alcanzándose en nuestro país dicha mayoría de edad a los 18 años.

A nivel internacional cabe destacar la Declaración de Derechos del Niño de 1959. De la indicada Declaración destacamos el Principio 2 por el que se indica que el niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño. Dicho interés implica prevenir todas las formas de violencia y promover la crianza positiva de los niños, haciendo hincapié en la prevención primaria, así como también invertir recursos humanos, financieros y técnicos suficientes en la aplicación de un sistema integrado de protección y atención del niño basado en los derechos que le corresponden. El Principio

9 defiende que el niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación, así como también indica que éste no será objeto de ningún tipo de trata.

Siguiendo con el panorama internacional, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, ratificada en España el 31 de diciembre de 1990, indica en su artículo 19 la obligación de los Estados a proteger a los niños de todo tipo de violencia, inclusive el abuso sexual, a través de medidas legislativas, administrativas, procedimentales eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos de malos tratos a la infancia y, según corresponda, la intervención judicial. Por otro lado, el artículo 34 refiere que todos los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abusos sexuales.

Por otra parte, el Comité de derechos del niño de las Naciones Unidas, en su Observación General 13ª indica que la protección contra todas las formas de violencia debe considerarse no solo desde el punto de vista del derecho del niño a la vida y la supervivencia, sino también en relación con su derecho al desarrollo, que se ha de interpretar en consonancia con el objetivo global de la protección del niño. En dicha observación, el Comité reconoce la importancia primordial de la familia, incluida la familia extensa, en la atención y protección del niño y en la prevención de la violencia. Sin embargo, reconoce también que la mayor parte de los actos de violencia se producen en el ámbito familiar y que, por consiguiente, es preciso adoptar medidas de intervención y apoyo cuando los niños sean víctimas de las dificultades y penurias sufridas o generadas en las familias.

El indicado Comité, indica también en la Observación General nº 7 que los primeros años de los niños pequeños son la base de su salud física y mental, de su seguridad emocional, de su identidad cultural y personal y del desarrollo de sus aptitudes e insta a los Estados a reconocer y garantizar todos los derechos de la Convención sobre los derechos del niño desde el nacimiento, puesto que, tal y como indica el Comité, existen pruebas convincentes de que el trauma resultado de la negligencia y el abuso tiene una repercusión negativa en el desarrollo, y, en el caso de niños muy pequeños, efectos mensurables en los procesos de maduración cerebral. Teniendo en cuenta que el abuso y la negligencia son más frecuentes en la primera

infancia y considerando que hay pruebas de que tienen repercusiones a largo plazo, los Estados Partes deberán hacer cuanto esté en su mano para salvaguardar a los niños pequeños en situación de riesgo y ofrecer protección a las víctimas de los abusos, tomando medidas positivas para apoyar su recuperación del trauma, evitando al mismo tiempo estigmatizarlos por las violaciones de las que han sido víctimas.

A nivel Europeo cabe destacar la Carta Europea de los Derechos del Niño (DOCE nº C241, de 21 de septiembre de 1992). También destacar el Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Niños Contra la Explotación y el Abuso Sexual, firmado en Lanzarote el 25 de octubre de 2007, ratificado y firmado en España el 22 de julio de 2010.

También a nivel Europeo se destacan la Decisiones Marco relativa a la lucha contra la explotación sexual de los niños y la pornografía infantil (Decisión marco 2004/68/JAI del Consejo de 22 de septiembre) y la del estatuto de la víctima en el proceso penal (Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo, de 15 de marzo). Respecto a la última Decisión marco indicada, cabe destacar el artículo 2.2, al indicar que las víctimas sean tratadas durante las actuaciones con el debido respecto a su dignidad persona, y reconocerán sus derechos e intereses legítimos en particular en el marco del proceso penal. El artículo 2.2 al referir que los Estados miembros velarán por que se brinde a las víctimas especialmente vulnerables un trato específico que responda de la mejor manera posible a su situación. El artículo 8.4, que indica que los Estados miembros garantizarán, cuando sea necesario, proteger a las víctimas, y sobre todo a las más vulnerables, de las consecuencias de prestar declaración en audiencia pública, que éstas puedan, por resolución judicial, testificar en condiciones que permitan alcanzar ese objetivo, por cualquier medio adecuado compatible con los principios fundamentales de su Derecho. Y el artículo 13 sobre los servicios especializados y organizaciones de apoyo a la víctima, por el que los Estados miembros propiciarán la participación en las actuaciones de dicho personal o de las organizaciones de apoyo a la víctima, en particular por lo que respecta a la transmisión de información a la víctima, la prestación de apoyo a la víctima en función de sus necesidades inmediatas, el acompañamiento de la víctima en caso necesario y siempre que resulte posible, durante el proceso penal y la asistencia a la víctima cuando ésta lo solicite una vez que haya finalizado el proceso penal.

Asimismo cabe destacar la Directiva relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de menores y pornografía infantil (Directiva 2011/93/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 13 de diciembre de 2011 por la que se sustituye la Decisión marco 2004/68/JAI del Consejo).

En nuestro país, la Constitución Española de 1978 alude en su apartado 1, artículo 1º a un derecho fundamental como es la libertad individual, basada en el artículo 10º de la Constitución que defiende la “dignidad de la persona, el libre desarrollo de la personalidad, dentro del respeto a la ley y a los derechos de los demás”. Además en su artículo 10.2 establece que las normas sobre derechos fundamentales y libertades, reconocidas constitucionalmente se interpretarán conforme a las normas y tratados internacionales de derechos humanos.

En cuanto a los derechos de la infancia, resultó un hito relevante la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor de 1996, que tuvo por finalidad reflejar en un texto normativo único los derechos de los niños. De la indicada ley destacar que el artículo 4.4 le atribuye al Ministerio Fiscal, en casos de derechos al honor, la intimidad y la propia imagen en menores, competencias para actuar de oficio o a instancia del propio menor o de cualquier persona interesada, física, jurídica o entidad pública. Al respecto, el artículo 4.2 de la citada ley indica que el Fiscal puede actuar en defensa de estos derechos, tanto de modo preventivo, instando medidas cautelares y de protección, como supliendo la inactividad de los padres o tutores o, incluso, actuando contra éstos cuando sean causantes de la vulneración del derecho.

Dentro del texto constitucional, y en relación a la materia objeto de estudio en la presente investigación, cabe destacar el artículo 20.4 que defiende el derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen, a la protección de la juventud y de la infancia. También destacar el artículo 24 por el que se establece que todas las personas tienen derecho a una tutela judicial efectiva de sus derechos e interés legítimos, sin que en ningún caso pueda producirse indefensión, lo que promovió el reconocimiento de los derechos de participación de las víctimas en los procedimientos judiciales en los que se vieran implicadas.

Por otra parte, la legislación española ofrece la posibilidad de interrogar a un menor fuera de la sala de audiencia para evitar la confrontación con el acusado desde que se promulgó la Ley Orgánica 14/1999, evitando así la victimización secundaria de

los menores en procedimientos judiciales por delitos contra la libertad e indemnidad sexual. En este sentido, los artículos 448 y 707 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal indican que cuando el testigo sea menor de edad, se podrá acordar que se evite la confrontación visual del testigo con el inculcado así como también se podrá acordar que sea interrogado evitando la confrontación visual con el inculcado. En base a lo indicado, la ley contempla la posibilidad de practicar la prueba preconstituida (previa al juicio oral) siempre y cuando la declaración ante la sala pueda producirse un grave daño psicológico acreditado, o haya cierto riesgo de producirle daño psíquico, y/o cuando el lapso de tiempo entre la instrucción y el juicio oral sea dilatado.

La ley 35/1995 de 11 de diciembre sobre Ayuda y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual resulta un hito significativo a nivel legal al reconocerse por primera vez la asistencia con la que deben contar las víctimas (acogida, información, acompañamiento y orientación), que dispongan de los tratamientos o asistencias correspondientes a nivel médico, psicológico, social y legal a través de las Oficinas y Servicios de Asistencia a las Víctimas.

Debe destacarse también la reciente Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito que pretende dar una respuesta lo más amplia posible, no sólo jurídica sino también social, a las víctimas, no sólo reparadora del daño en el marco de un proceso penal, sino también minimizadora de otros efectos traumáticos en lo moral que su condición puede generar. De este modo, se aglutina en un solo texto legislativo el catálogo de derechos de la víctima, transponiendo las Directivas de la Unión Europea en la materia en la legislación española. Artículos destacables del indicado Estatuto son los que pasan a indicarse a continuación:

“Artículo 3. Derechos de las víctimas. 1. Toda víctima tiene derecho a la protección, información, apoyo, asistencia y atención, así como a la participación activa en el proceso penal y a recibir un trato respetuoso, profesional, individualizado y no discriminatorio desde su primer contacto con las autoridades o funcionarios, durante la actuación de los servicios de asistencia y apoyo a las víctimas y de justicia restaurativa, a lo largo de todo el proceso penal y por un período de tiempo adecuado después de su conclusión, con independencia de que se conozca o no la identidad del infractor y del resultado del proceso. 2. El ejercicio de estos derechos se regirá por lo dispuesto en la presente Ley y en las disposiciones reglamentarias que la desarrollen,

así como por lo dispuesto en la legislación especial y en las normas procesales que resulten de aplicación.”

“Artículo 10. Derecho de acceso a los servicios de asistencia y apoyo. Toda víctima tiene derecho a acceder, de forma gratuita y confidencial, en los términos que reglamentariamente se determine, a los servicios de asistencia y apoyo facilitados por las Administraciones públicas, así como a los que presten las Oficinas de Asistencia a las Víctimas. Este derecho podrá extenderse a los familiares de la víctima, en los términos que asimismo se establezcan reglamentariamente, cuando se trate de delitos que hayan causado perjuicios de especial gravedad. Las autoridades o funcionarios que entren en contacto con las víctimas deberán derivarlas a las Oficinas de Asistencia a las Víctimas cuando resulte necesario en atención a la gravedad del delito o en aquellos casos en los que la víctima lo solicite.”

“Artículo 17. Víctimas de delitos cometidos en otros Estados miembros de la Unión Europea. Las víctimas residentes en España podrán presentar ante las autoridades españolas denuncias correspondientes a hechos delictivos que hubieran sido cometidos en el territorio de otros países de la Unión Europea. En el caso de que las autoridades españolas resuelvan no dar curso a la investigación por falta de jurisdicción, remitirán inmediatamente la denuncia presentada a las autoridades competentes del Estado en cuyo territorio se hubieran cometido los hechos y se lo comunicarán al denunciante por el procedimiento que hubiera designado conforme a lo previsto en la letra m) del artículo 5.1 de la presente Ley.”

“Artículo 19. Derecho de las víctimas a la protección. Las autoridades y funcionarios encargados de la investigación, persecución y enjuiciamiento de los delitos adoptarán las medidas necesarias, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, para garantizar la vida de la víctima y de sus familiares, su integridad física y psíquica, libertad, seguridad, libertad e indemnidad sexuales, así como para proteger adecuadamente su intimidad y su dignidad, particularmente cuando se les reciba declaración o deban testificar en juicio, y para evitar el riesgo de su victimización secundaria o reiterada”.

“Artículo 23. Evaluación individual de las víctimas a fin de determinar sus necesidades especiales de protección.

1. La determinación de qué medidas de protección, reguladas en los artículos siguientes, deben ser adoptadas para evitar a la víctima perjuicios relevantes que, de otro modo, pudieran derivar del proceso, se realizará tras una valoración de sus circunstancias particulares.

2. Esta valoración tendrá especialmente en consideración:

a) Las características personales de la víctima y en particular:

1º Si se trata de una persona con discapacidad o si existe una relación de dependencia entre la víctima y el supuesto autor del delito.

2º Si se trata de víctimas menores de edad o de víctimas necesitadas de especial protección o en las que concurran factores de especial vulnerabilidad.

b) La naturaleza del delito y la gravedad de los perjuicios causados a la víctima, así como el riesgo de reiteración del delito. A estos efectos, se valorarán especialmente las necesidades de protección de las víctimas de los siguientes delitos:

1º Delitos de terrorismo.

2º Delitos cometidos por una organización criminal.

3º Delitos cometidos sobre el cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada al autor por una análoga relación de afectividad, aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente.

4º Delitos contra la libertad o indemnidad sexual.

5º Delitos de trata de seres humanos.

6º Delitos de desaparición forzada.

7º Delitos cometidos por motivos racistas, antisemitas u otros referentes a la ideología, religión o creencias, situación familiar, la pertenencia de sus miembros a una etnia, raza o nación, su origen nacional, su sexo, orientación o identidad sexual, enfermedad o discapacidad.

c) Las circunstancias del delito, en particular si se trata de delitos violentos.

3. A lo largo del proceso penal, la adopción de medidas de protección para víctimas menores de edad tendrá en cuenta su situación personal, necesidades inmediatas, edad, género, discapacidad y nivel de madurez, y respetará plenamente su integridad física, mental y moral.

4. En el caso de menores de edad víctimas de algún delito contra la libertad o indemnidad sexual, se aplicarán en todo caso las medidas expresadas en las letras a), b) y c) del artículo 25.1.”

“Artículo 25. Medidas de protección.

1. Durante la fase de investigación podrán ser adoptadas las siguientes medidas para la protección de las víctimas:

a) Que se les reciba declaración en dependencias especialmente concebidas o adaptadas a tal fin.

b) Que se les reciba declaración por profesionales que hayan recibido una formación especial para reducir o limitar perjuicios a la víctima, o con su ayuda.

c) Que todas las tomas de declaración a una misma víctima le sean realizadas por la misma persona, salvo que ello pueda perjudicar de forma relevante el desarrollo del proceso o deba tomarse la declaración directamente por un Juez o un Fiscal.

d) Que la toma de declaración, cuando se trate de alguna de las víctimas a las que se refieren los números 3.º y 4.º de la letra b) del apartado 2 del artículo 23 y las víctimas de trata con fines de explotación sexual, se lleve a cabo por una persona del mismo sexo que la víctima cuando ésta así lo solicite, salvo que ello pueda perjudicar de forma relevante el desarrollo del proceso o deba tomarse la declaración directamente por un Juez o Fiscal.

2. Durante la fase de enjuiciamiento podrán ser adoptadas, conforme a lo dispuesto en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, las siguientes medidas para la protección de las víctimas:

a) Medidas que eviten el contacto visual entre la víctima y el supuesto autor de los hechos, incluso durante la práctica de la prueba, para lo cual podrá hacerse uso de tecnologías de la comunicación.

b) Medidas para garantizar que la víctima pueda ser oída sin estar presente en la sala de vistas, mediante la utilización de tecnologías de la comunicación adecuadas.

c) Medidas para evitar que se formulen preguntas relativas a la vida privada de la víctima que no tengan relevancia con el hecho delictivo enjuiciado, salvo que el Juez o Tribunal consideren excepcionalmente que deben ser contestadas para valorar adecuadamente los hechos o la credibilidad de la declaración de la víctima. d) Celebración de la vista oral sin presencia de público. En estos casos, el Juez o el Presidente del Tribunal podrán autorizar, sin embargo, la presencia de personas que acrediten un especial interés en la causa.

Las medidas a las que se refieren las letras a) y c) también podrán ser adoptadas durante la fase de investigación.

3. Asimismo, también podrá acordarse, para la protección de las víctimas, la adopción de alguna o algunas de las medidas de protección a que se refiere el artículo 2 de la Ley Orgánica 19/1994, de 23 de diciembre, de protección a testigos y peritos en causas criminales.”

Por último, a continuación se expone una síntesis acerca de los artículos del código penal vigente en España (Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre) en materia de los delitos contra la libertad e indemnidad sexual. Nos centramos en la estructura general y los cambios más recientes a nivel legislativo. Para conocer con mayor detalle cada uno de los artículos que regulan los delitos contra la libertad sexual se sugiere recurrir al Código Penal vigente.

Antes de comentar cuales son los artículos que regulan los delitos contra la libertad e indemnidad sexual, indicar que la reciente reforma del código penal incorpora la regulación de la inclusión de perfiles de condenados en la base de datos de ADN en casos de delitos como los relativos a la libertad e indemnidad sexual. Dicha regulación se incorpora mediante el nuevo artículo 129 bis.

La anterior reforma (Ley Orgánica 5/2010) de 23 de diciembre de 2010, incorporó el Capítulo II bis, que abarca los artículos 183 y 183 bis. Tales artículos tratan por separado los delitos cometidos hacia los menores de 13 años de edad. Los delitos cometidos contra el indicado colectivo de menores, presentan penas agravadas (artículo 183). La reforma anteriormente indicada también incorporó la regulación de los delitos sexuales cometidos a través de medios tecnológicos (ej. internet); dicha regulación se introdujo mediante el artículo 183 bis.

En la última reforma, efectuada en el año 2015, se introducen modificaciones en los delitos contra la libertad sexual para llevar a cabo la transposición de la Directiva 2011/93/UE, relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil y por la que se sustituye la Decisión Marco 2004/68/JAI del Consejo. Dicha directiva obliga a los Estados miembros a endurecer las sanciones penales en materia de lucha contra los abusos sexuales, la explotación sexual de menores y la pornografía infantil. En consecuencia, se eleva la edad del consentimiento sexual a los 16 años de edad, tal como viene regulado en el artículo 182. De entre las modificaciones más significativas incorporadas en esta última reforma se destaca la mayor extensión del Capítulo II bis, en el que se incorporan dos nuevos artículos, el 183 ter y el 183 quater. Tales artículos indican que:

“Artículo 183 ter. 1. El que a través de internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación contacte con un menor de dieciséis años y proponga concertar un encuentro con el mismo a fin de cometer cualquiera de los delitos descritos en los artículos 183 y 189, siempre que tal propuesta se acompañe de actos materiales encaminados al acercamiento, será castigado con la pena de uno a tres años de prisión o multa de doce a veinticuatro meses, sin perjuicio de las penas correspondientes a los delitos en su caso cometidos. Las penas se impondrán en su mitad superior cuando el acercamiento se obtenga mediante coacción, intimidación o engaño.

2. El que a través de internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación contacte con un menor de dieciséis años y realice actos dirigidos a embaucarle para que le facilite material pornográfico o le muestre imágenes pornográficas en las que se represente o aparezca un menor, será castigado con una pena de prisión de seis meses a dos años.”

“Artículo 183 quater. El consentimiento libre del menor de dieciséis años excluirá la responsabilidad penal por los delitos previstos en este Capítulo, cuando el autor sea una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez.”

Los artículos del código penal reguladores de los delitos contra la libertad y la indemnidad sexual se encuentran en el Libro II, Título VIII, siendo éstos los comprendidos entre el 178 y el 194. Los delitos contenidos en el Título VIII se clasifican en agresiones sexuales (Capítulo I, artículos del 178 al 180), abusos sexuales (Capítulo II, artículos 181 y 182), abusos y agresiones sexuales a menores de dieciséis años (Capítulo II bis, artículos del 183 al 183 quater), acoso sexual (Capítulo III, artículo 184), exhibicionismo y provocación sexual (Capítulo IV, artículos 185 y 186) y los relativos a la prostitución y la explotación sexual y corrupción de menores (Capítulo V, artículos del 187 al 190). El Capítulo VI (artículos 191-194) recoge una serie de disposiciones generales que resultan comunes a los capítulos previos. Los delitos indicados se encuentran castigados con penas privativas de libertad de entre 3 meses y 15 años, según el tipo de delito cometido. En algunos de los delitos comentados también se contempla la posibilidad de imponer sanciones económicas en forma de multas.

CAPITULO II – VICTIMOLOGÍA Y PROCESOS DE VICTIMIZACIÓN

2.1. Victimización infantil.

Se entiende por víctima aquella persona que ha sufrido un perjuicio, entendiendo por ello una lesión física o mental, sufrimiento emocional, pérdida o daño material, o un menoscabo importante en sus derechos, como consecuencia de una acción y omisión que constituya un delito con arreglo a la legislación nacional o el derecho internacional, o bien sea un acto de abuso de los poderes públicos. Esto se puede aplicar no sólo a la persona victimada, sino también a colectivos, tales como entidades o asociaciones, así como a los familiares de la víctima y aquellas que intentaron auxiliarla durante la perpetración del delito (Naciones Unidas, 1985, en Fariña y Arce, 2014).

La victimología entonces se trata de la ciencia que estudia la interacción entre la víctima y el victimario, la víctima y el sistema de justicia y la víctima y la sociedad (Karmen, 2010). También se ha definido como una ciencia multidisciplinar que se ocupa del conocimiento de los procesos de victimización y desvictimización (Tamarit Sumalla, 2006, en Pereda, 2013). Dicha disciplina se ha venido nutriendo de otras ciencias, entre ellas, la psicología, perspectiva desde la que abordamos el presente capítulo.

Si parte del objeto de estudio de la victimología es la victimización y sus procesos, cabe definir qué se entiende por victimización. A pesar de las dificultades que ha entrañado dicha definición, pasamos a exponer una aproximación a dicho concepto teórico, centrándonos especialmente a la victimización infantil.

La victimización se ha definido como el daño o perjuicio causado a una persona por el comportamiento contrario a las normas sociales de otra persona o grupo de personas (Finkelhor, 2008). La victimización infantil no se refiere únicamente a las situaciones de malos tratos a la infancia (sean estos físicos, psicológicos o sexuales) sino también a situaciones en las que el menor se encuentra en posición pasiva de cualquier tipo de delito o situación que ubique al menor en posición de víctima.

Ante las dificultades que la comunidad científica ha mostrado para ofrecer una definición única para la victimización infantil (tal como sucede también respecto a la definición sobre abuso sexual, sobre el que es preferible hablar de victimización sexual, dadas tales dificultades) y, en consecuencia, las múltiples definiciones propuestas, pasamos a exponer en la siguiente figura (Figura 4) los elementos comunes propuestos por Pereda, Abad y Guilera (2012) que debería contener o abordar la definición de victimización infantil.

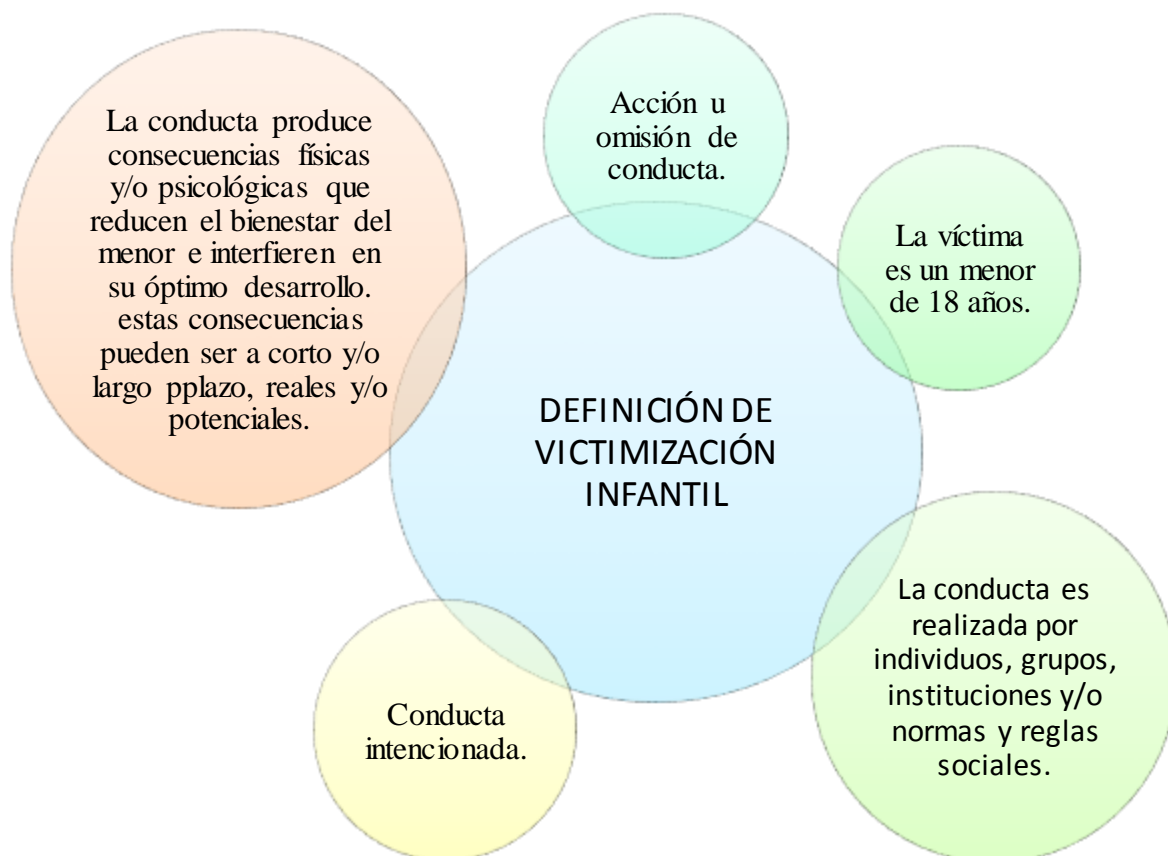


Figura 4 – Criterios a incluir en la definición de victimización infantil.

Fuente: Pereda, Abad y Guilera (2012).

La magnitud del problema de la victimización infantil en España ha sido estudiada por parte de varios equipos de investigación. Entre los estudios efectuados destacamos los de Sanmartín (2011) y Saldaña et al. (1995).

El estudio llevado a cabo por Sanmartín (2011) indica que un 6,4% de los profesionales refirieron haber detectado algún caso de victimización en menores de entre 0 y 7 años en el último año. De entre las 94 notificaciones, el 69,3% eran niños. En el 46,4% la victimización fue cometida por parte de la madre, mientras que el 35,7% de los casos los cometieron los padres. De los menores víctimas, que contaban con edades de entre 8 y 17 años, el 4,2% indicaron haber sufrido malos tratos, el 2,3% informaron sobre malos tratos a nivel psicológico, el 2,24% notificaron malos tratos físicos, el 0,89% de los casos notificados fueron por abusos sexuales y en el 0,78% de los casos notificaron situaciones de negligencia física. El 18,9% de los menores fueron víctimas de dos tipos de victimizaciones y el 10,8% fueron víctimas de los cuatro tipos de victimización evaluados.

Saldaña et al. (1995) en base a la revisión de 32483 expedientes de menores abiertos por los servicios sociales y de protección del menor entre los años 1991 y 1992, determinaron que la media anual de victimización infantil española era del 0,44% de la población menor de 18 años. De entre los menores victimizados, un 4,2% lo eran por haber sufrido episodios de abuso sexual.

Tal como se señalaba en el capítulo anterior, la metodología empleada para el estudio de incidencia dificulta el estudio de la magnitud real del problema, al no alcanzar a estudiar el Nivel IV del que habla el National Center on Child Abuse and Neglect (1988), al referirse a los niveles de detección en el abuso y la negligencia infantil. En el indicado nivel nos encontraríamos con la violencia familiar que, en palabras de Finkelhor (2008), es más difícil de detectar en las encuestas y estudios que se realizan.

Los estudios de prevalencia comentados anteriormente, efectuados en base a expedientes abiertos en la administración pública, no recogen de forma directa todos los casos revelados por las propias víctimas. En este sentido, Pereda (2013) indica que:

“la realización de entrevistas a menores que pueden estar siendo víctimas de violencias es un tipo de metodología necesario, pero escasamente aplicado en España. La importancia de esta información, obtenida directamente de los propios menores, radica en el desconocimiento que suele existir por parte de los organismos oficiales respecto a este tipo de situaciones (Finkelhor y Ormrod, 2001), así como en los beneficios que

supone para el niño o niña tener la oportunidad de hablar, en muchas casos por primera vez, de estas experiencias (Save the Children, 2004).

Siguiendo este método, en España contamos con diversos trabajos sobre victimización de menores, si bien la mayoría de estos estudios se centraron en un único tipo de victimización (...).

En este sentido, la realización de entrevistas a menores que evalúen la posible concurrencia de múltiples formas de violencia es un tipo de metodología escasamente aplicado en nuestro país, con algunas excepciones.” (pp. 125-126)

La presente investigación ha recogido y ha tenido en consideración tales limitaciones en el campo de investigación que nos ocupa. Por ello en la presente investigación se aplicó a todos los menores el cuestionario Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ) (Hamby, Finkelhor, Ormrod y Turner, 2006).

En una revisión efectuada por Finkelhor (2008) sobre los resultados de varios estudios efectuados por sí mismo previamente indica que uno de cada cinco niños ha sufrido algún tipo de victimización por parte de sus iguales o hermanos. Informa también que casi uno de cada diez menores de entre diez y dieciséis años habría sufrido alguna agresión física no sexual dirigida a los genitales mediante puñetazos, patadas intencionadas o golpes efectuados haciendo uso de algún objeto, sufriendo daño físico una cuarta parte de los menores.

Según el autor, en la revisión indicada, propone una clasificación sobre la victimización infantil articulada en base a tres grandes bloques:

- Victimizaciones extraordinarias, sufridas por un número muy reducido de niños aunque resultan muy llamativas o aparatosas y, por ello, puedan producir mucha repercusión mediática como los homicidios, secuestros o violaciones por parte de extraños.
- Victimizaciones agudas, que aunque son más frecuentes que las anteriores, suceden a una minoría importante de jóvenes y se les presta cada vez más atención. Es el caso del maltrato físico, el abandono, la negligencia, el secuestro familiar y el abuso sexual.

- Victimizaciones pandémicas, que les suceden a la mayoría de chicos a lo largo de su infancia como es el caso de las agresiones por parte de iguales o hermanos, el castigo físico, el hurto y el vandalismo.

A continuación (Figura 5) pasa a exponerse una clasificación más pormenorizada de los tipos de victimización infantil propuesta por Pereda (2013) en base a los estudios efectuados por Finkelhor (2007):

VICTIMIZACIÓN INFANTIL					
VICTIMIZACIÓN POR PARTE DE CUIDADORES:	DELITOS COMUNES:	VICTIMIZACIÓN ENTRE IGUALES O HERMANOS:	EXPOSICIÓN A VIOLENCIA:	VICTIMIZACIÓN TIC:	VICTIMIZACIÓN SEXUAL:
<ul style="list-style-type: none"> - Castigo corporal. - Maltrato prenatal. - Negligencia prenatal. - Maltrato físico. - Negligencia emocional. - Síndrome de Münchausen por poderes. - Síndrome del niño zarandeado. - Explotación laboral. - Mendicidad. - Corrupción. - Incapacidad para controlar la conducta del menor. - Alinación parental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hurtos y robos. - Vandalismo. - Secuestros. - Amenazas. - Agresiones físicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bullying. - Cyberbullying. - Sexting. - Violencia de pareja. - Agresiones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición a violencia familiar. - Exposición a violencia comunitaria. - Menores desplazados y refugiados. - Menores soldados. - Maltrato institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cyberbullying. - Online grooming. - Propositiones sexuales. - Sexting. - Exposición a material sexual en internet. - Llamadas telefónicas obscenas. 	<p>ABUSO SEXUAL: Con o sin contacto físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intrafamiliar (incesto). - Extrafamiliar. - Agudo. - Crónico. <p>Sin contacto físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exhibicionismo. - Provocación sexual. - Exposición involuntaria a material sexual in internet. - Online grooming. - Llamadas telefónicas obscenas. - Propositiones sexuales. - Sexting. <p>EXPLOTACIÓN SEXUAL: Con o sin contacto físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pornografía. - Espectáculos sexuales. - Prostitución. - Trata de menores. - Turismo sexual. - Matrimonios precoces / forzados.

Figura 5 – Clasificación de las formas de victimización infantil.

Fuente: Pereda (2013).

Uno de los tipos de victimización sexual infantil más recientemente estudiada ha sido aquella en la que se ha hecho uso de los medios tecnológicos para llevarla a cabo. En nuestro país se ha llegado a notificar que *“un 15% de los niños/niñas de 10 años que navega con cierta regularidad, se ha sentido acosado/a sexualmente en internet”* (ACPI, Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid y Protégeles, 2002, p.19). En otro estudio presentado en el I symposium internacional sobre abuso psicológico celebrado en Granada del 24 al 26 de noviembre de 2011 (Montiel, Salom y Carbonell, 2011), efectuado en base a una muestra de 318 jóvenes entre 12 y 18 años, se determinó que el 9% de los jóvenes reconocieron haber sufrido victimización sexual on line, especialmente las chicas (76%) de entre 14 y 17 años (78%).

Este tipo de victimización ha tomado distintos nombres en función del tipo de finalidad para la que se haya hecho uso de los indicados medios tecnológicos y dependiendo de los investigadores y el tipo de definición propuesta (más restrictiva o más amplia). A la victimización a través de internet y otros medios tecnológicos se le ha relacionado con nombres tales como solicitudes sexuales indeseadas online, ciber-abuso sexual, online grooming, sexual grooming o abuso sexual infantil online.

En relación al término anglosajón grooming cabe indicar que no tiene connotación sexual alguna; el grooming como tal se refiere a aquellas actividades, conductas, herramientas o habilidades puestas en marcha por parte de una persona (el agresor) para manipular, seducir, cortejar o convencer a otra (el menor) para llevar a cabo una conducta deseada por aquél (pudiendo ser tal conducta de finalidad sexual o de otra naturaleza). En una revisión efectuada sobre las definiciones propuestas para el término grooming, llevada a cabo por Bennett y O'Donohue (2014) llegaron a recabar múltiples significados para dicho término tales como: preparación del niño para un abuso, ganarse la confianza del niño, dificultar que el niño se resista o revele el abuso y las múltiples tácticas empleadas para hacerse con el niño. Dichos autores destacan la dificultad para unificar o llegar a un consenso acerca de la definición y el significado del término. Por ejemplo, en la perspectiva de aludir al grooming para referirse a las tácticas empleadas para ganarse a un menor, algunas de ellas no quedaría claro que sean conductas grooming como tal, pues por ejemplo, ofrecer caramelos a un menor no tiene por qué conllevar una intencionalidad orientada a un posterior abuso.

Los tipos de victimización sexual online quedan reflejados en la siguiente figura (Figura 6). Se recogen tanto aquellas que no trascienden más allá de la red como aquellas que progresan y se trasladan a la vida real, con llamadas telefónicas o encuentros personales.

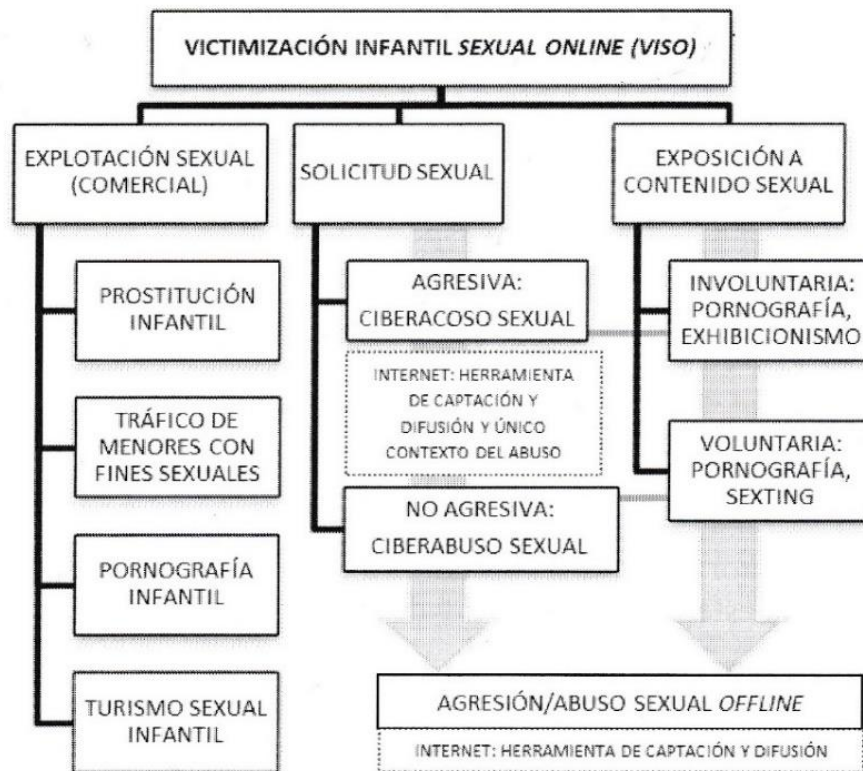


Figura 6 – Formas básicas de Victimización Infantil Sexual Online.

Fuente: Montiel, Carbonell y Salom (2014).

Algunos autores ya han apuntado ciertos factores de riesgo ante la victimización sexual online. Wolak et al. (2008) ha informado que el colectivo que presentaría más riesgo de sufrir este tipo de victimización serían: las chicas (en general, frente a los chicos, puesto que se les sugieren más propuestas en la red que a los chicos); las jóvenes que presentan conflictos con sus padres, chicas adolescentes que se inician en la sexualidad con personas más mayores que ellas, chicos que cuentan con una baja supervisión familiar, jóvenes de entre 13 y 15 años (tanto chicos como chicas), que presentan problemas psicológicos o psicosociales como falta de habilidades sociales, depresión, aislamiento, soledad, timidez, conductas antisociales o sumisas, que tienen conductas orientadas a la búsqueda de afecto, que han sido víctimas de abuso sexual o

físico y que presenten problemas en relación a la identidad sexual o a la elección de su orientación sexual.

Las consecuencias psicopatológicas más comunes en los menores víctimas de online grooming son de tipo internalizante como depresión y aislamiento (Pereda, Abad y Guilera, 2012). También produce en la víctima sentimientos de indefensión e impotencia, desconfianza generalizada y visión del mundo como un lugar inseguro y peligroso (Leonard, 2010, en Pereda, Abad y Guilera, 2012).

Según Finkelhor (2008) el hecho de que la victimización infantil sea tan extensa se debería por varias razones. Una de ellas es que los menores, por su posición de edad y dependencia de los adultos resultarían un grupo de riesgo, puesto que aquél de quien dependen para sobrevivir puede ser quien a su vez agrede o victimice al menor, quien aún no posee las habilidades suficientes para evitar la situación victimizarse o defenderse de ella. Otra de las razones vendría dada por el propio sistema, que dispone de una importante estructura y recursos para defender a la infancia aunque, a su vez, desconoce sobre algunas de las modalidades de victimización infantil y no se ocupa de ellas, quedando parte de los menores fuera del sistema jurídico y/o de protección. Por último, otra de las razones sería el hecho de que los menores viven en un entorno o contexto dado y, a ciertas edades, disponen de poca capacidad para elegir con quién relacionarse o a que espacios, contextos o entornos acudir.

2.2. Polivictimización.

La exposición repetida a situaciones victimizantes, lo que se ha conocido como polivictimización (Finkelhor, 2007), conlleva una mayor sintomatología y problemas de salud para los menores implicados en este tipo de fenómeno, lo que se ha puesto de manifiesto tanto en estudios transversales como longitudinales (Finkelhor, Shattuck, Turner, Ormrod y Hamby, 2011; Gustafsson, Nilsson y Svedin, 2009; Koenen, Moffit, Poulton, Martin y Caspi, 2007 y Wildom, Czaja y Dutton, 2008, en Nilsson et al., 2012; Turner, Finkelhor y Ormrod, 2010). En palabras de Finkelhor (2007), el efecto acumulativo de distintos modos de victimización ha mostrado conllevar un mayor impacto de los consiguientes síntomas traumáticos que cualquier tipo de victimización por sí misma.

Una de las investigaciones más importantes efectuadas sobre la polivictimización en Estados Unidos con una muestra de más de 2000 menores, indicó que el 71% de menores de la muestra informaron haber experimentado una situación victimizante en el último año, informando de una media de hasta tres victimizaciones por niño (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007). Estos menores polivictimizados suelen presentar un peor funcionamiento a nivel escolar e interpersonal, así como también presentan un mayor contacto con el sistema de justicia juvenil (Finkelhor et al., 2010). En este sentido, algunos autores han llegado a indicar que la mayoría de chicos en contacto con el sistema de justicia juvenil han experimentado al menos una, y a menudo varias, situaciones traumáticas (Carrion y Steiner, 2000; Ruchkin, Schwab-Stone, Koposov, Vermeiren y Steiner, 2002; Steiner, García y Matthews, 1997, en Wolpaw et al., 2005).

Otra investigación destacable llevada a cabo por el equipo liderado por Finkelhor (Turner, Finkelhor y Ormrod, 2010) con una muestra comunitaria a nivel nacional de un total de 4053 menores de entre 2 y 17 años concluyó que más del 40% de los menores que sufrieron alguna experiencia victimizante en algún momento de su vida informaron sufrir, al menos, 11 tipos de victimizaciones distintas. De entre los menores de la muestra que informaron haber sufrido en alguna ocasión algún tipo de victimización sexual, el 50% de ellos informaron presentar una historia de polivictimización. A demás los autores indican que presentar una mayor sintomatología postraumática guardaría una mayor relación con presentar una historia de victimización en la que se habrían sufrido varios tipos de situaciones victimizantes que el hecho de haber sufrido varios episodios repetidos de un solo tipo de victimización, lo que resultaría consistente con hallazgos logrados por el mismo equipo de investigadores años atrás (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007). Resulta significativo destacar que los instrumentos de medida empleados por los investigadores han sido utilizados también en la presente investigación: el Juvenile Victimization Questionnaire, el Trauma Symptom Checklist for Children y el Trauma Symptom Checklist for Young Children.

En otro estudio efectuado por Finkelhor, Ormrod y Turner (2007) en base a una muestra comunitaria de 2030 menores de entre 2 y 17 años, se concluyó que el 71% de la muestra habían sufrido algún tipo de situación victimizante en el último año, de los cuales, el 69% habían sido polivictimizados al haber sufrido al menos dos tipos de victimizaciones distintas, con un promedio de 3 victimizaciones distintas y llegando a

alcanzar en algunos casos hasta 15 tipos distintos de victimizaciones sufridas. El 15% de los menores de la muestra sufrieron entre 4 y 6 tipos distintos de victimizaciones, y el 7% de los menores sufrieron 7 o más tipos de victimizaciones diferentes. Los tipos de victimización más habituales en los menores fueron los asaltos por parte de iguales, ser testigo de asaltos (sin el empleo de armas), bullying y robos. Así mismo, la investigación constata que haber estado sometido a una historia de polivictimización presenta un elevado poder predictivo de sufrir sintomatología postraumática clínicamente significativa.

Centrándonos más específicamente en la victimización sexual, estudios meta-analíticos (Roodman y Clum, 2001) han encontrado un tamaño de efecto moderado (.59) en la relación entre haber sufrido abuso sexual en la infancia y una posterior victimización sexual en la vida adulta. Aunque el abuso sexual infantil parece ser un factor de riesgo ante una re-victimización en la vida adulta, ningún tipo de victimización en específico parece ser por sí misma predictiva de una posterior victimización en la edad adulta (Cuevas et al., 2010).

Otros estudios han demostrado que la mayoría de los menores víctimas de malos tratos físicos y de abuso sexual sufren también malos tratos a nivel emocional; alrededor del 90% de menores víctimas de malos tratos físicos experimentan algún tipo de maltrato psicológico (Claussen y Crittenden, 1991 y Gross y Keller, 1992, en Rich et al., 2005). En esta misma línea Whitfield, Anda, Dube y Felitti (2003) determinaron que el riesgo de ser víctima de violencia de género en las mujeres era mayor si contaban con una historia previa de abuso sexual infantil. Los resultados alcanzados por los investigadores indicaron que aquellas mujeres con antecedentes de malos tratos físicos o sexuales en la infancia tenían más del triple de posibilidades (3,5) de sufrir violencia de género en la vida adulta. Otros investigadores también arrojaron datos acerca de que las mujeres con antecedentes de malos tratos físicos presentaban mayores probabilidades de mostrar comportamientos sexuales de riesgo (Morill, Kasten, Urato y Larson, 2001); tales conductas sexuales de riesgo podría acarrearles exponerse a experiencias posteriores de agresión sexual.

Los resultado del estudio efectuado por Barnes, Noll, Putnam y Trickett (2009) en base a una muestra de 93 mujeres víctimas de abuso sexual en su infancia y 96 mujeres que no sufrieron abuso sexual infantil, indicaron que las mujeres con

antecedentes de abuso sexual infantil presentaron el doble de probabilidades de sufrir nuevamente algún tipo de victimización sexual o física. En el indicado estudio se concluye que el abuso sexual infantil resultaría un riesgo significativo ante subsiguientes victimizaciones, siendo éstas más severas que las que informaron las mujeres que no contaban con antecedentes de abuso sexual en la infancia. Los investigadores señalan también que la experiencia de presentar antecedentes de victimización sexual y física parece conllevar un mayor riesgo para posteriores agresiones físicas por parte de personas distintas a la pareja o compañero sentimental, mientras que presentar únicamente antecedentes de abuso sexual conllevaría un mayor riesgo de sufrir posteriormente malos tratos físicos por parte del compañero sentimental, así como victimizaciones de tipo sexual.

La investigación efectuada por Rich et al. (2005) detectó una correlación significativa entre sufrir malos tratos físicos por parte de ambos progenitores y haber sido víctima de abusos sexuales en la infancia. También se determinó que los malos tratos físicos por parte del padre en la infancia resultaban predictivos de una posterior victimización sexual en la adolescencia. Así, en base a los resultados de dicha investigación, una victimización consistente en malos tratos físicos sufridos en una temprana edad, resultaría ser un factor de riesgo ante una posterior victimización sexual. También se concluyó que una agresión sexual en la adolescencia predijo una posterior victimización sexual durante los dos meses de seguimiento llevados a cabo con la muestra de sujetos participantes en la investigación (551 mujeres estudiantes universitarias). La única variable predictora de las agresiones sexuales producidas durante los dos meses de seguimiento de las participantes fue haber sufrido algún tipo de victimización sexual durante la adolescencia.

Por otra parte, Mitchell y cols. (2007) en un estudio realizado con menores víctimas de acoso sexual por internet, éstos informaron haber sufrido un promedio de dos victimizaciones más fuera del espacio virtual, en la vida real, así como mostraron un mayor riesgo de sufrir violencia física o verbal por parte de sus progenitores. En un 81,4% de los casos informaron haber sufrido malos tratos físicos y emocionales por parte de sus cuidadores y en el 45,5% de los casos informaron haber sufrido algún tipo de victimización sexual en la vida real. El 27,3% informaron haber sufrido acoso no sexual en la red (cyberbullying).

En nuestro país la investigación acerca del fenómeno de la polivictimización parece ser muy limitado. En una revisión sistemática sobre estudios epidemiológicos de la victimización infanto-juvenil en España efectuado por Pereda, Guilera y Abad (2014) alertan sobre la tendencia de los investigadores a centrarse en una única forma de victimización, especialmente en la victimización conocida como *bullying*. De la revisión efectuada, únicamente el 7% de los 61 estudios revisados estudiaron el efecto de la polivictimización o, que es lo mismo, tuvieron en consideración la acumulación de diversos tipos de victimización. Las investigadoras señalan la necesidad de efectuar investigaciones sobre distintos tipos de victimización con el fin de no subestimar las consecuencias psicopatológicas y no ofrecer una visión limitada de lo que supone la victimización infantil.

En un estudio llevado a cabo por Pereda, Guilera y Abad (2014) sobre la victimización y polivictimización en España con una muestra comunitaria de 1107 jóvenes de entre 12 y 17 años, el 69% de los participantes informaron haber sufrido al menos un tipo de situación victimizante en el último año y el 83% informaron de alguna victimización en algún momento de su vida. Según las investigadoras, tales resultados resultarían consistentes con los alcanzados en otros países como Reino Unido, Finlandia, Canadá, Estados Unidos de América. Los adolescentes polivictimizados informaron haber sido victimizados en un promedio de cuatro contextos distintos. Más de la mitad de la muestra del indicado estudio informó haber sufrido al menos un crimen convencional, haber sido testigo de violencia o haber sido víctima por parte de algún compañero del grupo de iguales. Alrededor de una cuarta parte de la muestra informó haber sido víctima por parte de sus progenitores o cuidadores y uno de cada ocho participantes informó haber sufrido algún tipo de victimización a través de algún medio electrónico. El 14% de chicas y el 4% de chicos informaron haber sufrido algún tipo de victimización sexual.

Otro estudio efectuado en España (Pereda, Abad y Guilera, 2012) en el que, a pesar de tener como tema central de investigación la victimología del desarrollo que pasaremos a comentar a continuación, estudió el fenómeno de la polivictimización determinó que el tipo de victimizaciones más recurrentes en una muestra de 123 adolescentes atendidos en Centros de Salud Mental de forma ambulatoria, fueron la agresión por motivos de discriminación, la negligencia y ser testigo de violencia intrafamiliar hacia los hermanos, produciéndose este tipo de victimizaciones en un

promedio de 5 episodios anuales. Las victimizaciones que causaron un mayor malestar en los menores fueron la violencia física o psicológica por parte de los propios padres o cuidadores, ser testigo de agresiones entre los progenitores, la victimización sexual por parte de un adulto y ser testigo de situaciones de violencia extrema tales como asesinatos, guerras o conflictos armados. En consecuencia, tal como apuntan las investigadoras, tales hallazgos irían en la misma dirección que lo apuntado por Finkelhor (2007) en relación a que las victimizaciones a las que se les asocia mayores consecuencias psicopatológicas son aquellas que provienen del entorno más cercano del menor, al entrar en juego los sentimientos de traición y desconfianza y los de estigmatización.

Cabe destacar también de la investigación anteriormente mencionada fueron las elevadas correlaciones entre varios tipos de victimización, siendo más probable la coocurrencia de cierto tipo de victimizaciones. Las investigadoras hallaron correlaciones significativas entre la condición de ser menor polivictimizados y la victimizaciones de tipo físico y psicológico por parte de cuidadores, la victimización sexual y la victimización a través de internet. También obtuvieron correlaciones elevadas entre ciertos tipos de agresiones como las de tipo discriminativo por parte de bandas y el acoso o intimidación física por parte del grupo de iguales.

A nivel clínico Pereda, Abad y Guilera (2012) observaron que los menores polivictimizados presentaban mayor sintomatología (en especial, ansiedad, depresión, conducta agresiva, conducta delictiva, problemas sociales y de atención) que aquellos que presentaron niveles inferiores de victimización. Las victimizaciones ejercidas por parte de cuidadores, las de tipo sexual y las que se dan a través de internet estarían más relacionadas con la sintomatología de tipo internalizante tal como la ansiedad, el aislamiento y la depresión. Estos resultados además irían en la misma línea que los obtenidos por Ford, Wasser y Connor (2011), apuntaron que la polivictimización estaba asociada con presentar severos síntomas externalizantes, trastornos psiquiátricos y presentar un diagnóstico de Trastornos por Estrés Postraumático.

2.3. Victimología del desarrollo.

Otro campo de investigación desarrollado por Finkelhor (2007) ha sido la victimología evolutiva o del desarrollo que se ocupa, por una parte, del análisis del riesgo de victimización según el estadio evolutivo o la edad del menor y, por otra, el impacto y las consecuencias psicopatológicas de la victimización según el momento de desarrollo psicoevolutivo en el que se encuentre la víctima. El propio autor la define como “*el estudio de la diversidad de victimizaciones que los niños pueden experimentar a lo largo de diversas fases de la infancia*” (Finkelhor, 1995).

En base a la indicada perspectiva evolutiva, cabe destacar que en los primeros años de vida, la violencia sufrida por la población infantil vendría de manos de sus progenitores o su entorno familiar. Conforme pasan los años, la violencia sufrida intrafamiliarmente va disminuyendo mientras aumenta la violencia y victimizaciones sufridas por parte de extraños, en otros contextos fuera de la familia. La naturaleza, cantidad e impacto de la victimización varía a lo largo de la infancia, estando condicionada a cambios tales como los relativos a las capacidades del menor, habilidades, actividades y contextos o el cambio en los estadios evolutivos del menor. Por ejemplo, victimizaciones tales como el online grooming no son esperables en edades en las que los menores no presentan habilidades para manejar las nuevas tecnologías, así como tampoco disponen de suficientes capacidades para hacer uso de medios de comunicación como internet.

Por otra parte, desde el campo de la victimología del desarrollo ha podido constatarse como tanto los niños más jóvenes como los más adultos (adolescentes) conformarían el grupo de más alto riesgo ante la victimización. Mientras los niños más pequeños no presentan habilidades para defenderse o huir de las situaciones victimizantes pudiendo llegar a ocasionarles la muerte, los más mayores también correrían el riesgo de muerte por llegar a plantar cara al agresor, al poder verse implicados en situaciones victimizantes en las que los agresores puedan ir armados o llegar a provocar a aquél que le pueda estar agrediendo (Finkelhor, 2008).

Los estudios efectuados por Finkelhor (2008) han señalado también que la variable sexo parece influir junto con la edad en el tipo de victimización sufrida. Mientras tanto los niños como las niñas parecen presentar el mismo riesgo de sufrir el mismo tipo de situaciones victimizantes en los primeros años de vida, cuando crecen, en

cambio, los chicos parecen estar más en riesgo de sufrir homicidios mientras que las chicas presentan más riesgo de sufrir agresiones sexuales.

La perspectiva de la victimología del desarrollo resulta de vital importancia dado que dicho planteamiento, así como los resultados de las investigaciones efectuadas desde esta perspectiva, resultarían relevantes en tanto en cuanto ofrecen datos que pueden orientar a los profesionales a diseñar programas de intervención terapéutica más adaptados a las necesidades del menor según el tipo de victimización sufrida. Del mismo modo cabe esperar que, al detectarse ciertas edades como grupos de riesgo, esto facilitaría la planificación de programas de prevención. En este mismo sentido, Pereda, Abad y Guilerá (2012) indican que no todo tipo de victimización se inicia en la misma edad ni se presentan con la misma frecuencia en ambos sexos, por lo que se podrían establecer grupos de riesgo ante victimizaciones específicas según el momento de inicio del proceso de victimización y a frecuencia de la misma, la edad y el sexo de la víctima.

En España, el estudio efectuado por Pereda, Guilerá y Abad (2014) determinó que mientras que los chicos, en general, parecen estar más expuestos a ser víctimas de crímenes convencionales, las chicas informaron haber sufrido más victimizaciones relacionadas con el maltrato emocional por parte de sus progenitores o cuidadores y victimización sexual a través de medios tecnológicos. Las autoras informan que tales resultados resultan consistentes con investigaciones efectuadas con anterioridad en otros países.

En otra investigación nacional (Pereda, Abad y Guilerá, 2012), con una muestra de 123 pacientes en tratamiento ambulatorio en Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cataluña, se confirma la hipótesis de que los menores se encuentran sometidos a el mismo tipo de situaciones victimizantes que aquellas en las que pueden encontrarse los adultos además de aquellas victimizaciones que parecen ser exclusivas o propias de la etapa infanto-juvenil (Finkelhor, 2007). Dicha investigación constata que la mayoría de las victimizaciones que tienen su origen en el entorno más cercano del menor así como las agresiones por parte de iguales se inician en la infancia y que las que se producen en los primeros años proviene de la mano de adultos conocidos por el menor, siendo este tipo de victimizaciones las más recurrentes. Mientras que los niños parecían sufrir de forma más habitual victimizaciones en las que se hacía uso de la violencia o victimizaciones de tipo sexual, las niñas sufrían con mayor frecuencia victimizaciones consistentes en violencia psicológica o emocional (siendo la madre, en la mayor parte de casos la perpetradora de tales situaciones), situaciones de negligencia

y acoso a través de internet. En relación a la violencia de pareja, las investigadoras encontraron que ésta suele iniciarse en los años de adolescencia media, tanto en chicos como en chicas. Por otra parte, en cuanto a la victimización sexual a través de internet observaron que ésta suele darse en chicas y suele iniciarse hacia mitad de la adolescencia.

2.4. El proceso de victimización sexual infantil.

Son múltiples las investigaciones y autores que se han ocupado de estudiar el proceso por el que un menor termina por ser víctima de abusos sexuales, intentando averiguar cuáles son las dinámicas del proceso de victimización y las estrategias que entran en juego en las situaciones de abuso sexual infantil y otros delitos contra la libertad e indemnidad sexual.

Autores como Barudy (1999) distinguen dos grandes fases en el proceso del abuso sexual intrafamiliar. En un primer lugar se hace uso del secreto y el silencio es empleado para mantener el abuso sexual dentro de la familia y permite un equilibrio del sistema familiar. En una segunda fase, el abuso sexual sale a la luz mediante la revelación de la situación abusiva, suponiendo una quiebra del sistema familiar y su entorno. La primera fase contaría con varias subfases tales como la de seducción (manipulación de la víctima a través de la dependencia de ésta, la incitación a la participación en situaciones abusivas presentadas como juegos o situaciones normalizadas), la de interacción sexual abusiva (con un abuso gradual y progresivo) y la de secreto (empleando para mantenerlo las amenazas, mentiras, chantaje, manipulación psicológica). La segunda fase presentaría dos subfases: la de divulgación (revelación de la situación abusiva, sea ésta accidental o intencionada) y la de represión del discurso de la víctima (con el fin de recuperar la homeostasis del sistema familiar, la intenta amortiguar los efectos de la revelación, por lo que es habitual encontrarse ante retractaciones de la revelación inicial).

Perrone (1997) indica que la víctima, en interacción con el agresor, y dada la relación de desigualdad y poder entre ambos, habiéndose iniciado ya una dinámica abusiva, el menor pierde el sentido de integridad y llega a justificar o negar el abuso del otro. Perrone denomina a este tipo de interacciones una relación de hechizo, siendo fruto de la influencia, el control y el dominio del agresor sobre la víctima.

Perrone identifica tres fases en la dinámica abusiva: la efracción (como transgresión por parte del agresor de los límites de la intimidad de la víctima), la captación (llamando la atención de la víctima, ofreciéndole privilegios, cuidados y/o regalos, mientras que, a su vez, le retiene y le priva de libertades) y la programación como modo por el que el menor aprende a responder ante ciertas señales para participar en el abuso, manteniendo así el control sobre la víctima y la participación de ésta en los episodios de abuso sexual.

Otra investigación llevada a cabo desde una perspectiva vincular ha sido la desarrollada por de Young y Lowry (1992) quienes hablan de que en la dinámica abusiva se daría una vinculación traumática, definida como un proceso de dependencia emocional entre dos personas con desigualdad de poder y cuya relación entre las partes se caracterizaría por la presencia de abusos sexuales periódicos. Esta vinculación traumática vendría caracterizada por un fuerte apego, la presencia de distorsiones cognitivas y estrategias de comportamiento llevadas a cabo por ambas partes implicadas que paradójicamente fortalecen y mantienen este tipo de vinculación.

En nuestro país, Pons-Salvador, Martínez, Pérez y Borrás (2006) indicaron que en el 58,3% de los casos el acusado había recurrido a la amenaza o la agresión como estrategia para llevar a cabo los actos abusivos. Cabe señalar que en dicha investigación la muestra en base a la que se extrajo dicha conclusión era pequeña (n=24), por lo que deberían tomarse con cautela dicho resultado.

En relación a la dinámica del ciber-abuso sexual juvenil a través de internet algunos estudios han propuesto que se trataría de un ciclo formado por un total de cinco fases (Montiel, Salom y Carbonell, 2011): la preparación del ciberabusador, el primer contacto, la seducción u online grooming, el abuso explícito online y la difusión en la red.

La preparación del ciberabusador se llevaría a cabo a través del reforzamiento de sus tendencias sexuales y una búsqueda de información sobre potenciales víctimas con el fin de lograr un primer contacto con éstas.

A pesar de que las víctimas puedan ser conscientes de tal estrategia llevada a cabo por el agresor, éstas aun así pueden aceptar la comunicación por curiosidad y por

tener la creencia de que serían capaces de identificar a un ciberabusador y protegerse eliminándolo de su lista de contactos.

El entorno de internet y las estrategias de seducción empleadas por el agresor facilitan la reducción de inhibiciones de la víctima y la rápida creación de un vínculo afectivo.

Tras lograr el control emocional de la víctima, el ciberabusador solicita al menor actividades sexuales o logra presionarle para conseguir un encuentro físico real pudiendo recurrir a un ataque explícito mediante amenazas o chantajes. A continuación pasa a exponerse esquemáticamente las fases de la dinámica o ciclo del ciber-abuso sexual juvenil anteriormente comentadas.

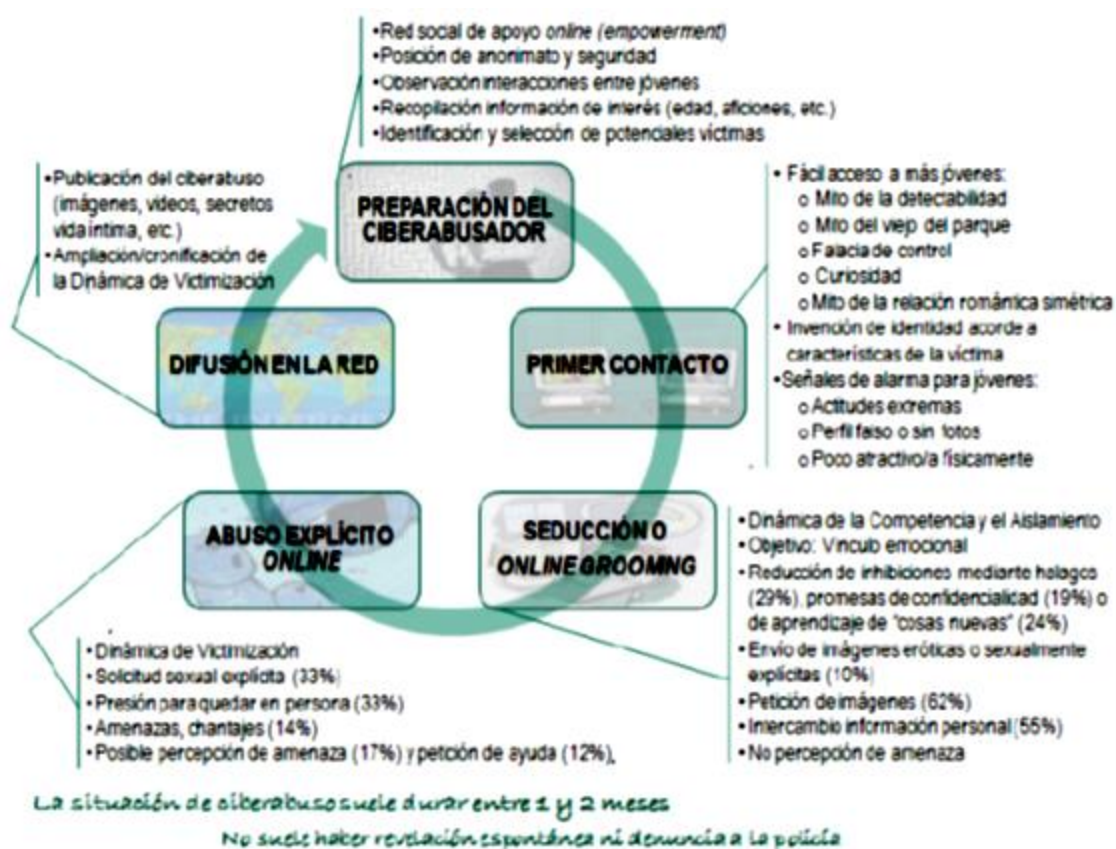


Figura 7 – Fases de la dinámica de Ciber-abuso Sexual Juvenil.

Fuente: Montiel. Carbonell y Salom (2014).

Con el fin de poder entender la dinámica abusiva, pasamos a continuación a exponer algunos resultados a los que se han alcanzado en algunas investigaciones efectuadas con personas condenadas por agresiones o abusos sexuales a menores. De este modo se pretende lograr una mejor comprensión del fenómeno, teniendo en consideración todas las partes implicadas.

En un estudio efectuado por Elliott et al. (1995) con 91 personas condenadas por delitos sexuales a menores, el 33% de la muestra informó que se preocuparon por ganarse la confianza del menor y su entorno con el fin de que fueran bienvenidos o acogidos en el domicilio de la víctima. El 18% ofrecieron incentivos o sobornos a sus víctimas para que reclutaran a otros menores. El 53% de los agresores indicaron haberse ofrecido a jugar con los menores, enseñarles algún deporte o a enseñarles a tocar algún instrumento de música. El 46% indicaron haber sobornado a los menores a cambio de un paseo o llevarles a casa. El 30% de los agresores indicaron haberse ganado la confianza del menor mostrando afecto o cariño y el 46% refirió haber sobornado a los menores ofreciéndoles regalos a cambio de conductas sexuales.

Por otra parte, en la investigación anteriormente citada, aquellos agresores que emplearon la estrategia de ofrecerse como canguros de los menores para ganarse el acceso a las víctimas, el 27% iniciaron el proceso de grooming a través de conversaciones sobre sexo, el 21% plantearon el sexo como un tema educativo o con connotación afectuosa o de amor y el 20% se ofrecieron para vestir o bañar al menor. El 32% de los casos solicitaron ayuda a los menores para desvestirse o tumbarse. El 44% recurrieron a la coerción y persuasión, el 49% hablaron de temas sexuales con el menor y el 47% de ellos iniciaron los episodios abusivos mediante tocamientos accidentales. En el 33% de los casos el agresor se acercó progresivamente a tratar temas sexuales con la víctima haciendo uso de material pornográfico.

En otro estudio, Conte, Wolf y Smith (1989), con una muestra de 26 condenados por delitos contra la libertad sexual, estudiaron cuales eran, a criterio de los agresores, los indicadores que les llevaran a considerar a un menor vulnerable y, así, elegir a sus víctimas. Según los datos recabados, los menores elegidos como víctimas, presentaban una actitud de necesidad (necesitados de atención y/o afecto) y tranquilos, que parecieron fáciles de manipular, que accedieran ante cualquier comentario, propuesta o petición. Esto les conllevaba a realizar actos de acercamiento, mostrándose amigables

mostrando a los menores que ellos eran personas en las que podían confiar y con las que podían hablar. Los sujetos de la muestra también informaron haber recurrido al soborno o a estrategias coercitivas con anterioridad a la actividad sexual. Según los sujetos de la muestra del estudio efectuado, el aislamiento físico de la víctima, la cercanía con ésta y el contacto resultaban más importantes que la seducción verbal. Los agresores, entre las habilidades puestas en marcha, llevaron a cabo un proceso de desensibilización sexual con sus víctimas efectuándoles friegas, masajes para, finalmente, llegar a poner la mano del menor víctima en los genitales del agresor.

En un estudio efectuado por Shakeshaft (2004) con agresores que ejercían como profesores en centros educativos, éstos informaron que las víctimas elegidas solían mostrarse complaciente y parecer idóneos para salvaguardar secretos. También mostraron preferencia por aquellos alumnos que presentaban problemas en sus domicilios con los padres, que presentaban pocos amigos a los que poder contar sus confidencias y que presentaban otras conductas de riesgo.

En la investigación efectuada por Gallagher (2000), con una muestra de 65 casos de abuso sexual, los resultados indicaron que en el 39% de los casos, los agresores pretendieron aislar al menor, en el 22% de los casos ofrecieron atenciones especiales al niño, en otro 22% de los casos le ofrecieron dinero, el 9% de los casos facilitaron a los niños poder llevar a cabo conductas o actividades ilícitas y en el 4% de los casos les ofrecieron juguetes.

En el estudio llevado a cabo por Berliner y Conte (1990), efectuado con una muestra de 23 víctimas de abuso sexual, determinaron que en el 61% de los casos el agresor les habría dicho que para ellos las víctimas eran personas especiales, distintas y que solo ellos (los agresores) podrían entenderles. En el 61% de los casos indicaron que el agresor les trataba como a una persona adulta o bien que el agresor actuaba como un niño al relacionarse con ellos (con una conducta infantil o jovial). En el 57% de los casos, los menores indicaron que el agresor les ofreció privilegios especiales, lo que les llevó a mostrarse complacientes con el agresor. El 39% de las víctimas indicaron que los agresores compartieron información personal o confidencial con ellos. El 39% de las víctimas refirieron que el agresor les privó realizar actividades o compartir espacios con otros menores y el 30% de las víctimas indicaron que eran tratados por parte del agresor de un modo distintivo en comparación con otros niños.

Chistiansen y Blake (1990) en base a una investigación efectuada con casos de abuso sexual de tipo incestuoso, determinaron que los padres, en estos casos, crearon con anterioridad a la situación incestuosa, de forma intencionada, una relación basada en la confianza con sus hijas, resultado crucial la cuestión de la confianza entre padre e hija para reducir o evitar la revelación de la situación incestuosa. Los padres del estudio efectuado, mostraron favoritismos hacia sus hijas victimizadas en comparación con el resto de hijos.

Por último, no debemos olvidar como otro tipo de recurrido o proceso de victimización lo que autores como Tamarit (2006) denomina victimización primaria y que la define como el proceso por el que una persona sufre, de modo directo o indirecto, daños físicos o psíquicos derivados de un hecho delictivo o acontecimiento traumático y que, podríamos añadir, viene provocada por el impacto de la propia victimización puntual o proceso de victimización; la victimización secundaria, derivada de la intervención de los distintos recursos sociales, asistenciales, policiales y/o judiciales, considerando también que una mala praxis profesional en la intervención psicológica con los menores (valoraciones inadecuadas, derivaciones inoportunas, intervenciones terapéuticas no fundamentadas, etc.) se encontraría incluida en este tipo de victimización, y la victimización terciaria, que tendría su origen en las consecuencias que acarrea para la víctima la resolución judicial o fallo de la sentencia y fin del proceso penal y la subsiguiente adaptación a la nueva situación o, en otras palabras, el conjunto de costes de la penalización sobre quien la soporta personalmente o sobre terceros. Cabe destacar que parte de los menores víctimas de abuso sexual acaban sufriendo los tres tipos de victimización mencionados, y que a pesar de las políticas y las reformas en la legislación para evitarlas o amortiguarlas, conlleva un menoscabo significativo para la salud mental de las víctimas.

2.5. El proceso de revelación.

En relación a la revelación de la situación abusiva, algunas investigaciones han indicado que únicamente entre el 30% y el 60% de los menores revelan los hechos (Arata, 1998; Lamb y Edgar-Smith, 1994; Lawson y Chaffin, 1992; Roesler y Weissman-Wind, 1994; Smith et al., 2000, en Wherry et al., 2014). En el caso del abuso sexual intrafamiliar, las investigaciones han concluido que alrededor del 53% de los menores nunca revelaron la situación abusiva en la infancia (Arata, 1998; Dipietro, Runyan y Fredrickson, 1997; Mian, Wehrspann, Klajner-Diamond, LeBaron y Winder, 1986; Sas, 1993; Saunzier, 1989; Smith, Letourneau, Saunder, Kilpatrick, Resnick y Best, 2000; Wyatt y Newcomb, 1990, en Duffy, Keenan y Dillenburg, 2006). Además, la severidad del abuso presentaría una correlación negativa respecto a la revelación, en el sentido de que aquellos abusos sexuales más graves (aquellos en los que ha habido contacto físico) presentan menores probabilidades de que lleguen a revelarse con prontitud (Arata, 1998, en Paine y Hansen, 2002).

En un estudio sobre el proceso de revelación del abuso sexual (Sas y Cunningham, 1995, en Faller et al., 2010) con una muestra de 135 sujetos, concluyeron que el 33% de los menores revelaron los abusos poco después del primer episodio al saber que eran conductas inadecuadas, el 40% no sabían que se trataban de comportamientos ilícitos en el primer episodio, lo que no facilitó la revelación; en el 50% de los casos, el agresor les habría indicado que no lo dijeran. El 43% de los menores no se plantearon contarle, el 12% se tomaron la decisión de no revelarlo. De aquellos que no llegaron a contarle, el 44% fueron víctimas de abuso por parte del mismo agresor.

En relación a los contextos y motivos que propiciarían la revelación, investigaciones como la de Sorenson y Snow (1991) en base a una muestra de 116 víctimas de abuso sexual, informaron que la cercanía o exposición (accesibilidad) del agresor, las conversaciones inapropiadas por parte de los niños más pequeños, el comportamiento sexualizado o la participación de los menores en programas educativos fueron los que propiciaron la revelación del abuso en la mayor parte de los participantes en el estudio.

Desde una perspectiva ecológica, algunos de los factores descritos que promueven una revelación tardía han sido: tener dependencia del agresor por los cuidados que éste le proporciona al menor, dependencia económica, miedo al castigo por parte del agresor, un deseo por evitar el daño emocional que pueda ocasionar en la familia como consecuencia de la revelación o la posibilidad de no ser creído por parte de ésta. También se han descrito, desde una perspectiva psicológica, factores como la vinculación emocional con el agresor, en especial en los casos del abuso sexual intrafamiliar, los sentimientos de culpa y humillación del menor y el deseo de evitar situaciones embarazosas al relatar detalles sobre la situación abusiva (Goodman-Brown et al., 2003 y Paine y Hansen, 2002). En el caso de los chicos, el estigma social y/o estereotipos acerca de la masculinidad y la homosexualidad no propiciarían la revelación temprana. Demás, en las víctimas más pequeñas, la inmadurez cognitiva, las pocas habilidades de expresión y lenguaje y el desconocimiento moral pueden llevar a no verbalizar los hechos abusivos (Paine y Hansen, 2002).

En base a un extenso estudio de revisión acerca de los factores que intervienen en la revelación de los abusos sexuales efectuado por Paine y Hansen (2002), se pone de manifiesto la complejidad y las variables que entran en juego en el proceso de revelación, llegándose ésta a producir, según el indicado estudio, después de meses o incluso varios años, dándose lugar de forma inmediata únicamente en menos de uno de cada cuatro casos. Los menores en sus primeras revelaciones tienden a recurrir a sus progenitores o cuidadores de referencia o a amigos de máxima confianza. Los autores señalan que en los niños de edad preescolar la revelación suele producirse de forma accidental y como consecuencia de algún evento precipitante, siendo los menores con alguna discapacidad los que mostrarían mayores dificultades para revelar los hechos dada la posición de dependencia en la que se encuentran y las dificultades cognitivas o de lenguaje que pueden llegar a presentar. Llegado el momento de la revelación, en los casos de menores con discapacidad suele producirse una mayor incredulidad o descrédito por parte del entorno más próximo al menor.

En relación a la variable sexo, los autores alertan que los niños presentarían mayores dificultades para revelar los eventos abusivos, tendiendo a producirse tal revelación en edades más avanzadas, en la etapa adolescente.

El estudio de revisión indicado anteriormente destaca la importancia del apoyo materno ante la revelación, puesto que parece mostrar un rol importante ante las posteriores retractaciones por parte del menor. Aquellos menores con escaso apoyo, especialmente por parte de la madre presentan mayores probabilidades de retractarse posteriormente. En los casos en los que se han visto implicados varios agresores o en los que el agresor convive en el domicilio familiar presentan mayores probabilidades de que la madre no ofrezca el suficiente apoyo al menor.

Por otra parte, las víctimas de delitos sexuales en medios virtuales parecen mostrar más dificultades para revelar la situación victimizantes que aquellos menores víctimas de abusos sexuales sufridos en contextos no virtuales (Leander, Christianson y Granhag, 2008).

De entre aquellos menores que relevan los hechos acontecidos, lo hacen de forma tardía, tal como ya indicaba Summit en su propuesta sobre el que denominó “Síndrome de Acomodación al Abuso” (1983), siendo éste uno de los modelos explicativos más extendidos y conocidos sobre el proceso en casos de abuso sexual infantil, aunque no haya gozado de suficiente validez empírica.

El indicado modelo, propone que el proceso de revelación pasaría por cinco fases. En un primer momento, caracterizado por la ley del secreto, el agresor insta al menor a mantener la situación abusiva en secreto, posteriormente el menor se encontraría en una situación de indefensión producida por las expectativas con respecto a los niños, de quienes se espera que sean obedientes, incluso afectuosos con los adultos responsables de su cuidado. A continuación se produciría una fase de atrapamiento y acomodación a la situación abusiva en la que el menor se ve inmerso, con desesperanza y sin posibilidad de salida (que podría relacionarse con el efecto de la indefensión aprendida), la única opción posible es la de la adaptación a la situación abusiva para tratar de sobrellevar tal situación. Es en esta fase cuando el menor se responsabiliza y autoinculpa por la situación abusiva, adquiere creencias distorsionadas que le transmite el agresor y tiende a disociarse, eliminando o reprimiendo recuerdos o pensamientos sobre la situación abusiva. Tal situación conlleva una revelación tardía y poco convincente, siendo ésta otra fase de las propuestas por el autor y, finalmente, se produciría una retractación sobre la propia revelación derivada del escaso apoyo del entorno social, de las consecuencias que ha tenido la revelación (por lo que el menor

intenta reparar el daño causado) o del hecho de no haber sido creído por parte del entorno más cercano de la víctima. Según el autor, las dos primeras fases serían sustanciales, mientras que el resto serían accesorias, pudiéndose producir o no dependiendo de las características o naturaleza de cada caso.

Posteriormente, en una investigación llevada a cabo por Sorenson y Snow (1991) en la línea de la propuesta efectuada por Summit (1983), determinaron que en el proceso de revelación de los abusos sexuales en menores se darían cuatro componentes: negación, eclosión o verbalización de la situación abusiva, retractación y reafirmación de la alegación. Los autores observaron que en el 72% de casos (en una muestra de 116 menores) habían negado los hechos en algún momento de la investigación. Los autores plantearon también que en el proceso de revelación se producían dos fases distintas, una fase tentativa y una fase activa. La fase tentativa se caracterizaba por la vaguedad de las alegaciones, siendo éstas parciales y con una actitud vacilante, dubitativa o insegura por parte del menor, mientras que en la fase activa los menores prestaban declaraciones más detalladas y narradas en primera persona.

Otros modelos explicativos propuestos para estudiar y conocer el proceso de revelación ha sido el del intercambio social. Según la teoría del intercambio social, las personas buscan relaciones e interacciones en las que, en base a la relación costes-beneficios se obtienen las mayores recompensas o la mayor cantidad de ganancias (Leonard, 1996). Según Leonard (1996), en el proceso abusivo se produciría una distorsión de la realidad y, en concreto, en relación a la desigualdad entre las partes, llegándose a convencer ambas partes (víctima y agresor) que el trato recibido por parte del otro es el justo y merecido (lo que se relacionaría con la fase de acomodación planteada por Summit), incluso en los casos de mayor desigualdad entre las partes.

Por último, otro modelo propuesto desde la teoría socio-cognitiva es el propuesto por Bussey y Grimbeek (1995). Según este modelo, la revelación de la situación abusiva estaría determinada por múltiples variables. Según el modelo serían cuatro los determinantes de tipo sociocognitivo que entrarían en juego en el proceso de revelación: la atención, la retención, la producción y la motivación. Así, el menor se inhibiría de revelar los abusos al no prestar atención suficiente, no identificar o no darse cuenta del evento abusivo, lo que le llevaría a no ser capaz de recordar con detalle el episodio abusivo (dificultades en los procesos de retención), lo que a su vez le

imposibilitaría contar los hechos acontecidos (relacionado con la producción) o le llevaría a no querer contarlo (proceso motivacional).

Según el modelo indicado el proceso de revelación variará según las capacidades cognitivas del menor, las experiencias sociales vividas por éste y la situación concreta en la que se ha visto inmerso. El modelo presupone que los niños más mayores, al disponer de mayor motivación y mejores capacidades de retención y producción, serían más capaces de revelar los abusos sufridos.

Finalmente indicar que poder entender las variables que entran en juego, que facilitan o que dificultan la revelación resulta de vital importancia dado que la imposibilidad por parte del niño de revelar la situación abusiva le coloca en una situación idónea para que se mantenga la dinámica victimizante. Es por ello que se ha considerado oportuno dedicarle este espacio a esta problemática específica de la victimización sexual infantil.

CAPITULO III – CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

3.1. Introducción

Partiendo de cualquier enfoque científico, son muchas las investigaciones que han alertado sobre las consecuencias adversas que el abuso sexual infantil (ASI) tiene tanto para las víctimas, como para sus familias o cuidadores. El listado de síntomas y trastornos asociados al abuso sexual infantil es amplísimo. Autores como Rind, Tromovich y Bauserman (1998) señalan que en la literatura científica se describen 18 categorías de trastornos asociados a la experiencia de abuso sexual. Además, los profesionales de la salud mental enumeran un total de 42 secuelas asociadas a la situación de abuso (Day, Thurlowb y Woolliscroftb, 2003).

Esta perspectiva “traumática” se concreta en la literatura especializada en diversas teorías, que van desde aquellas más extremas que defienden que una amplísima parte de los problemas en la vida adulta se deben a experiencias de abuso sexual en la infancia, estableciendo una relación causa-efecto entre ser víctima de ASI y patologías futuras (Underwager y Wakefield, 1994), hasta otras teorías más moderadas y menos lineales que señalan que el abuso sexual es una experiencia traumática que de algún modo hace al menor más vulnerable a otros problemas futuros que únicamente emergerán si otras dificultades o traumas van apareciendo en su vida (Malón, 2008). Estas teorías reconocen que una buena parte de los menores implicados en experiencias abusivas no se verían negativamente afectados a corto y/o largo plazo (Del Campo y López, 2006; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000 y López, Hernández, y Carpintero, 1994) y que la variabilidad en el ajuste psicológico está mediada por variables intrapersonales (Cantón y Justicia, 2008).

Estas variables serían, por un lado, la aparición de dinámicas traumatogénicas como sexualización traumática, traición, estigmatización e indefensión (Finkelhor y Browne, 1985) o el trastorno de estrés postraumático (Wolfe, Gentile y Wolfe, 1989) y las estrategias de afrontamiento (Spaccarelli, 1994) en procesos interpersonales como el apego (Alexander, 1992) y las relaciones familiares (Wind y Silvern, 1994) por otro. Además, deben tenerse en cuenta factores ecológicos más amplios (Harvey, 1996).

En la actualidad, la información disponible no permite señalar la existencia de un grupo consistente de síntomas que se puedan considerar como un «síndrome post abuso» (Rind, Tromovich y Bauserman, 1998). Los únicos fenómenos observados con mayor regularidad son las alteraciones en la esfera sexual (problemas sexuales y menor capacidad de disfrute, especialmente), la depresión y el conjunto de síntomas característicos del trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones, volcada al exterior en forma de violencia; en el de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas). Sin embargo, ni siquiera estos aspectos, que aparecen con relativa frecuencia, constituyen un fenómeno universal (Noguerol, 1997).

En este capítulo revisaremos las consecuencias clínicas del abuso sexual infantil más documentadas en la literatura científica, utilizando para ello investigaciones nacionales e internacionales publicadas en las dos últimas décadas. Al final del capítulo, presentamos un cuadro resumen de las consecuencias a corto y a largo plazo del ASI.

Debemos señalar que estas consecuencias clínicas están definidas y categorizadas según criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. Edition (DSM-IV, 1994) y su Texto Revisado (DSM-IV-TR, 2000). Aprovechamos esta revisión para destacar algunos de los cambios más significativos de estos trastornos en el DSM-5 (APA, 2013).

A pesar de que el capítulo se centra en las consecuencias clínicas, a nivel psicopatológico, no debemos olvidar las consecuencias psicosociales de la victimización que a nivel cognitivo puede conllevar una negación de lo sucedido, cambios en el estilo atribucional y en los sistemas de creencias como son la creencia de invulnerabilidad, la de control o la de vivir en un mundo justo (Bard y Sangrey, 1979).

3.2. Trastorno por estrés postraumático (TEPT)

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) constituye el eje psicopatológico fundamental sobre el que gravita el trauma (Martín y De Paul, 2004). Los síntomas que se consideran característicos del TEPT son: la re-experimentación del acontecimiento (flashbacks, pesadillas, etc.), la evitación de recuerdos y situaciones relacionadas con el acontecimiento traumático, el embotamiento afectivo y un incremento en la activación (hiperactivación fisiológica, problemas de sueño, etc.). Sin embargo en los menores, niños/as y adolescentes, el efecto del trauma y su valoración como TEPT puede adoptar la forma de un comportamiento desestructurado o agitado y presentarse con síntomas físicos o como terrores nocturnos o pesadillas, resultado de la expresión del síntoma “vivencia de horror”; conductas repetitivas, juegos simbólicos de los sucesos traumáticos como expresión de la re-experimentación del suceso (Dyregrow y Yule, 2006) y disminución de intereses y retraimiento afectivo, inquietud, falta de atención y problemas de sueño.

Las investigaciones sobre agresiones sexuales han contribuido a que aparezcan datos sobre la prevalencia del TEPT en la población general, aunque no resulta fácil hacer una estimación precisa de la presencia de este fenómeno en la sociedad ya que muchas de las víctimas o familiares no denuncian la agresión, ni acuden a hospitales o servicios de atención, lo que dificulta la valoración epidemiológica (Corral, Echeburúa y Sarasúa, 1989). Los resultados de estas investigaciones coinciden en afirmar que el hecho de ser víctima de una agresión sexual pone a la víctima bajo un elevado riesgo de padecer TEPT, incluso en mayor medida que otras situaciones traumáticas (Arata, 1999; Herrero y Garrido, 2002; Martín y De Paul, 2004 y Neumann, Houskamp, Pollock y Briere, 1996). Esta misma tendencia se observa en el caso del abuso sexual infantil. La prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático entre los niños que han estado expuestos a victimización sexual se estima entre un 40% y un 60% (Davis y Siegel, 2000; Dubner y Motta, 1999; McLeer, Deblinger, Henry, y Orvaschel, 1992; Putnam, 2003 y Rincón, Covas, Bustos, et al. 2010). En nuestro país algunos estudios señalan que el desarrollo del TEPT como consecuencia de cualquier abuso lo experimentan el 25% de las víctimas, pero que este porcentaje asciende hasta el 50-60% en el caso de mujeres y niñas agredidas sexualmente (Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta,

1992) y hasta el 51-55 % en el caso de víctimas de maltrato doméstico (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002).

Estos datos de prevalencia observados en víctimas de ASI varían en función del tipo de muestra utilizada, siendo la prevalencia más baja cuando el TEPT se valora inmediatamente tras la eclosión del conflicto que en muestras clínicas. Así, McLeer, Deblinger y Atkins, (1988), estudiaron un grupo de niños víctimas de ASI con edades comprendidas entre los 6 y 16 años en un período próximo (uno a dos meses) a la revelación del abuso, encontrando una prevalencia de TEPT en el 36,3% de los casos; de los cuales el 65% de los menores presentaban uno o más síntomas de re-experimentación; el 43,7% presentaba tres o más conductas de evitación; y un 57,5% presentaba dos o más síntomas de hiperactivación autonómica. Los mismos autores, en estudios realizados con muestras clínicas, observaron tasas de prevalencia de TEPT más altas, por encima del 40%. También, Trowell, Ugarte, Kolvin, et al. (1999), en un estudio realizado con una muestra clínica de niños abusados de Londres encontraron una prevalencia de TEPT del 71%.

Respecto a la población adulta, muchas investigaciones informan de que las víctimas de ASI presentan mayor riesgo de desarrollar síntomas de TEPT durante la edad adulta (Kingston y Raghavan, 2009). Pero el desarrollo de TEPT en la edad adulta va a depender de diferentes variables, como pueden ser las características de la propia situación abusiva y/o variables intrapersonales como las estrategias de afrontamiento o las atribuciones de culpa (Feiring y Cleland, 2007 y Lemieux y Byers, 2008). Respecto a las características del abuso, diferentes autores señalan que los abusos que correlacionan de forma más consistente con un peor ajuste psicológico son aquellos que han sido más frecuentes (Chromy, 2006 y Hébert, Tremblay, Parent, Daignault y Piché, 2006), aquellos en los que se han cometido actos más intrusivos (Lemieux y Byers, 2008), y, finalmente, cuando hay una relación de proximidad entre el agresor y la víctima (McLean y Gallop, 2003). Por otra parte, otras investigaciones señalan resultados inconsistentes entre las características del abuso y el ajuste psicológico de las víctimas, sugiriendo que los factores cognitivos podrían ser más importantes que las características de la situación abusiva a la hora de predecir dicho ajuste (Paolucci, Genuis y Violato, 2001 y Quas, Goodman y Jones, 2003).

En relación a las variables interpersonales, numerosas investigaciones han examinado el papel mediador de las estrategias de afrontamiento en el ajuste psicológico a largo plazo de las víctimas de ASI encontrado una relación directa entre las estrategias de evitación y un peor ajuste psicológico tras el ASI (Cantón y Justicia, 2008, Filipas y Ullman, 2006 y Wright, Crawford y Sebastian, 2007). Sin embargo, la relación entre las estrategias de aproximación y el ajuste psicológico ha sido mucho menos consistente, habiendo concluido la mayoría de los estudios que estas estrategias no influyen en el bienestar de las víctimas (Cantón y Justicia, 2008 y Wright et al., 2007).

Otra de las variables interpersonales estudiada ha sido las atribuciones de culpa. Estas investigaciones señalan que las atribuciones de autoinculpación se asocian a un peor ajuste psicológico (Filipas y Ullman, 2006 y Steel, Sanna, Hammond et al., 2004). La inculpaación a la familia también se ha asociado a un peor ajuste (McMillem y Zuravin, 1997). Sin embargo, la mayoría de los estudios no han encontrado una relación entre la inculpaación al agresor y el bienestar psicológico de las víctimas (Feiring y Cleland, 2007 y McMillem y Zuravin, 1997).

Cabe destacar el estudio llevado a cabo por Cantón-Cortés, Cantón, Justicia, y Cortés (2011) donde analizaron en una muestra de víctimas de ASI la relación entre las variables mencionadas anteriormente (gravedad del abuso, atribuciones de culpa, estrategias de afrontamiento, existencia de otros malos tratos) y TEPT. Los resultados obtenidos sugieren que la gravedad del abuso, evaluada en términos de continuidad, relación con el agresor y tipo de actos cometidos, incrementa las atribuciones de autoinculpación e inculpaación a la familia por el abuso. Los autores subrayan que las víctimas que han sufrido abusos consistentes en tocamientos y penetración y las víctimas de abusos continuados son especialmente vulnerables, al verse a sí mismas y a sus familias como culpables del abuso. Sin embargo, el hecho de que el agresor fuera un miembro de la familia se relacionaba más débilmente con esas atribuciones de autoinculpación. Así mismo, las atribuciones de culpa se relacionaban con un mayor uso de estrategias de evitación. Por último, se encontró un efecto directo de las estrategias de afrontamiento y de evitación sobre las puntuaciones en TEPT. Estas estrategias de afrontamiento pueden provocar mayores síntomas de malestar psicológico, ya que podrían bloquear o interferir con el procesamiento emocional o cognitivo de las experiencias traumáticas.

3.3. Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) o Trauma Complejo

Algunos autores consideran que la categoría diagnóstica de TEPT no es totalmente adecuada para describir las reacciones nucleares experimentadas por víctimas de abuso o violación sistemática y mantenida, es decir, para definir las consecuencias de los traumas ocurridos de forma reiterada e intensa, y/o perpetrados por personas con las cuales la víctima mantenía un vínculo afectivo (Finkelhor y Russell, 1984 y Herman, 1992). Este fenómeno se denomina “trauma complejo” y determinaría un diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPT-Complejo) propuesto por Herman en el año 1992, con la finalidad de proporcionar un nicho diagnóstico para individuos sobrevivientes a una exposición traumática repetida y prolongada, y cuyos síntomas más debilitantes fueran diferentes a los diagnósticos del TEPT de las versiones III y IV del DSM de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

El Trauma Complejo ha sido definido como un evento traumático que es crónico, interpersonal, y que se inicia en la niñez (Cook, Blaustein, Spinazzola y Van der Kolk, 2003). Incluye el abuso sexual, físico y emocional en niños y niñas, negligencia, ser testigo de violencia doméstica y la experiencia de vivir en un campo de refugiados. Específicamente, se tiene la teoría de que los eventos de trauma complejo afectan a la auto-regulación, dando como resultado problemas en la regulación de los afectos, conductas, impulsos, atención y conciencia, así como problemas interpersonales y de identidad (Cook et al., 2003).

Este constructo no fue reconocido en el DSM-IV de 1994, ni en su Texto Revisado (TR) del año 2000, como un trastorno distinto al TEPT, sino que se le llamó DESNOS (DESNOS; Disorders of extreme stress not otherwise specified), y su sintomatología se presentó como características asociadas al Trastorno por Estrés Postraumático. El DESNOS fue visto como una forma más severa de TEPT.

La decisión de no incluir el DESNOS como un diagnóstico distinto al TEPT, ha tenido serias repercusiones, pues las investigaciones se han focalizado casi exclusivamente en la sintomatología del TEPT, como se describe en el DSM-III y

DSM-IV, y por ello no se contó con suficiente investigación como para ser considerado un diagnóstico distinto en el DSM-5 del año 2013.

Parte de la sintomatología del DESNOS se menciona en el DSM-5 (2013), dentro del epígrafe Características Asociadas que Soportan el Diagnóstico: “siguiendo a eventos traumáticos severos, repetidos y prolongados (abuso infantil, tortura), el individuo puede adicionalmente experimentar dificultades en la regulación de sus emociones, o para mantener relaciones interpersonales estables, o mostrar síntomas disociativos (p.276)”. Y un número de síntomas claves del DESNOS están incluidos en los criterios diagnósticos del DSM-5, especialmente en los criterios D y E.

A continuación, enumeramos las alteraciones principales del trastorno por estrés postraumático complejo (Herman, 1992, a y b, en Soler, 2008):

- Alteraciones en la regulación de los impulsos afectivos. Incluye dificultad para modular la rabia y las conductas autodestructivas. Este síntoma indica déficit en la regulación emocional y el autocontrol e incluye las adicciones y el comportamiento autolesivo que a menudo son, paradójicamente, usadas como salvavidas.
- Alteraciones en la atención y la consciencia, tales como embotamiento, lentitud en los procesamiento, dificultades de atención y concentración, amnesias, episodios disociativos y despersonalización.
- Alteraciones en la autopercepción, así como un sentido crónico de culpabilidad y de responsabilidad personal, que cursa con sentimientos de intensa vergüenza. Los individuos abusados crónicamente a menudo interiorizan el abuso como una forma de autovaloración (Courtois, 1979 a y b, Pearlman, 2001).
- Alteraciones en la percepción del maltratador. Incluye aceptación, dependencia e incorporación de su sistema de creencias. Estas características organizan las relaciones complejas, el sistema de creencias y posibilitan los abusos premeditados.
- Alteraciones en las relaciones con los otros. Dificultades para confiar e intimar, desarrollo de fuerte sensación de vulnerabilidad y peligro cuando inician nuevas relaciones afectivas en la medida que se hacen más intensas e íntimas. Perciben que las personas con las que se relacionan afectivamente pueden utilizarlos y dañarles sin respeto y consideración por sus propias necesidades.

- Somatización y/o problemas médicos. Las reacciones somáticas y condiciones médicas en algunos casos pueden explicar directamente el tipo de abusos sufridos y algún daño físico.
- Alteraciones en el sistema de significados. Los individuos abusados crónicamente, a menudo sienten una gran desesperanza acerca del mundo y del futuro. Así mismo creen que no encontraran a nadie que les entienda o entienda su sufrimiento. Mantienen un gran conflicto interno, con niveles de angustia altos, e intentan encontrar a alguien que les ayude a recuperarse de su angustia psíquica.

El diagnóstico de TEPTC, a pesar de no estar incluido en el DSM-IV y 5 sigue encontrando apoyo en diversas investigaciones, por considerar que responde a la adaptación post-traumática en abuso severo y trauma afectivo en la infancia (Cook et al., 2005; Copeland, Keeler, Angold, y Costello, 2007; Herman, Perry y Van der Kolk, 1989; Kroll, 1993, Van der Kolk, Perry y Herman, 1991 y Van der Kolk, Roth, Pelkovitz, Sunde y Spinazzola, 2005).

3.4. Trastornos disociativos

El trastorno disociativo está definido en las principales clasificaciones diagnósticas (CIE-10, DSM-IV) como una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. La DSM-IV clasifica los trastornos disociativos en:

- 1) *Trastorno de identidad disociativo* (DID; Dissociative Identity Disorder) (antes personalidad múltiple). Se caracteriza por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto a una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario. El DSM-5 amplía los criterios diagnósticos del DID al incluir en el Criterio A los siguientes puntos "se pueden describir en alguna cultura como experiencia de posesión", "alteraciones en el funcionamiento sensitivo motor" y "estos signos y síntomas pueden ser observados por parte de otras personas o

comunicados por el individuo”. En el Criterio B referido a lapsos recurrentes incluye “los sucesos traumáticos incompatibles con el olvido”.

- 2) *Amnesia disociativa*. Se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.
- 3) *Trastorno de despersonalización* (denominado en la DSM-5 Trastorno de despersonalización/ Desrealización). Se caracteriza por una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo, junto a la conservación del sentido de la realidad.
- 4) *Fuga disociativa*. Se caracteriza por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, acompañados de incapacidad para recordar el propio pasado, de confusión acerca de la propia identidad y de asunción de otra identidad nueva. En el DSM-5, la fuga disociativa desaparece como trastorno y se convierte en un especificador de amnesia disociativa.
- 5) *Trastorno disociativo no especificado*. Se incluye para codificar trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo que no cumple los criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo específico.

Los estudios epidemiológicos sobre prevalencia-vida de los trastornos disociativos en la población general señalan que oscilan entre el 3 y el 11% para América del Norte y Europa (Waller y Ross, 1997). Estudios más recientes (Spitzer, Barnow, Grabe, 2006) indican tasas de prevalencia entre aproximadamente el 20 y el 35% de la población clínica adulta y entre un 0,3% y un 1,8% de población no clínica. Estos datos sugieren que el trastorno disociativo como entidad clínica es poco diagnosticado, tal vez debido a que las personas con trastorno disociativo frecuente presentan otros diagnósticos como los trastornos de la personalidad.

Uno de los datos que aparece frecuentemente en la literatura científica sobre el tema, habitual en todas las culturas estudiadas, la relación significativa entre el trastorno de identidad disociativo (DID) y abuso sexual infantil. Olivera (2010) presenta una revisión de diferentes estudios sobre la prevalencia de los criterios para el diagnóstico del DID. En la Tabla 7 podemos observar que aunque el abuso infantil no es un criterio diagnóstico del DID, es referido mayoritariamente por las personas que padecen DID.

Tabla 7 - *Estudios sobre la prevalencia de criterios para el diagnóstico de trastorno de identidad disociativo.*

	Putnam et al., 1986 (n=100)	Coons et al., 1988 (n=50)a	Ross, 1989 (n=236)	Ross et al., 1991, 1997 (n=102)	Boon y Draijer, 1993 (n=71)
Amnesia	98%	100%	94,9%	100%	99%
Alteración de la identidad				81,4	100
Despersonalización	55%	38%			100%
Desrealización				56,9	73,1
Alucinaciones auditivas	22%	72%	71,7%	82,4%	94%
Abuso Infantil	97%	96%	88,5%	95,1%	94,4%

Fuente: Olivera (2010).

Respecto a la comorbilidad del DID con otras patologías como el trastorno de estrés postraumático, estudios de recuperación amnésica realizados en pacientes con diagnóstico TEPT, subrayan características similares a las diagnosticadas en el trastorno disociativo de identidad. Van der Hart, et al. (2005) estudiaron en hospitales psiquiátricos de los Países Bajos la calidad de recuperación de los recuerdos de experiencias traumáticas almacenados en la memoria autobiográfica de 30 pacientes, diagnosticados con DID. Todos los participantes relataron una historia de abuso físico y sexual severo en la niñez. En un mismo grupo experimental, se comparó la recuperación de recuerdos de experiencias traumáticas con la recuperación de recuerdos de experiencias no traumáticas, pero emocionalmente significativas. Los resultados de estas investigaciones arrojaron que el 93,3% de los participantes relató algún período de amnesia para el índice que valora acontecimientos traumáticos, y el 33,3 % relató algún periodo de amnesia para experiencias significativas de la niñez. Todos los participantes

que habían padecido amnesia respecto al abuso refirieron que sus recuerdos al principio fueron recuperados en forma de flashbacks somatosensoriales. De esta conclusión se desprende que, tanto los pacientes con trastorno por estrés post traumático como los pacientes con trastorno disociativo de identidad, al menos en principio, recuerdan su trauma no como una narrativa, sino como una experiencia somatosensorial. Además, los pacientes con DID, y a diferencia de pacientes con TEPT, refirieron el mismo tipo de componentes somatosensoriales en la recuperación de recuerdos no traumáticos, pero emocionalmente significativos. Estos resultados señalan una sustancial comorbilidad entre el trastorno por estrés post traumático y el DID.

Otras investigaciones se han centrado en el estudio de la comorbilidad entre el DID y el trastorno límite de la personalidad (TLP) (Horevitz y Braun, 1984; Kemp, Gilbertson, y Torem, 1988 y Lauer et al, 1993). Los pacientes diagnosticados con DID, tienden a mostrar los síntomas de los pacientes diagnosticados con TLP, solamente que en forma más severa y crónica. Kemp et al. (1988) realizaron un estudio comparativo entre pacientes con DID y con TLP, que incluía la evaluación del funcionamiento cognitivo, historia psicosocial, sintomatología clínica y funcionamiento global. Los autores informaron de que a excepción de abuso sexual infantil, que fue más referido por los pacientes de DID, no encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. Por otra parte, Allen y Coyne (1995) administraron el MMPI-2 a sujetos en tratamiento por trastornos relacionados con el padecimiento de diversos traumas y hallaron que la disociación grave correlacionaba con puntuaciones más elevadas en escalas típicamente asociadas con los síntomas psicóticos.

En relación a la *amnesia disociativa* (psicógena), algunos autores (Griffin, Resick y Mechanic, 1997) subrayan que la presencia de disociación peritraumática, es decir, de síntomas disociativos (amnesia psicógena, especialmente) en las horas y días posteriores al suceso, es un predictor de peor ajuste psicológico a largo plazo. Por su parte, Briere y Conte (1993) analizaron qué variables podían predecir la presencia de amnesia disociativa en víctimas de ASI, concluyendo que el abuso sexual a una edad temprana, el abuso reiterado y de tipo violento (i.e. la victimización por múltiples agresores, ser herido físicamente como resultado de los abusos, temor intenso de muerte si revela los abusos) eran las variables que mejor predecían amnesia disociativa. Por otra parte, no se asoció con amnesia psicógena aquellas variables o características de abuso que en principio tienen más probabilidad de crear conflicto psicológico como por

ejemplo disfrutar durante la situación abusiva, aceptación de sobornos, sentimientos de culpa o vergüenza. Estos resultados coinciden con los ofrecidos por Vázquez y Calle, (1997), quienes señalan que los síntomas disociativos y, en concreto, la amnesia psicógena son relativamente frecuentes tanto más cuanto más pequeño es el niño en el inicio del abuso.

Finalmente, la experiencia de ser abusado sexualmente por una figura de autoridad y amor de quien se depende es un aspecto fuertemente discordante para el psiquismo humano. Implicaría inscribir en el mismo registro dos imágenes opuestas de una misma persona y dos vinculaciones opuestas con esa persona. Si eso fuera posible, la evocación de cada acto de amor arrastraría necesariamente el recuerdo de las situaciones de dolor, de imposición del secreto, de coerción, de sobreestimulación sexual que el abuso conlleva. Esto pondría al psiquismo en situación de vivenciar una catástrofe permanente. Para evitarlo se hace necesario entonces llevar a cabo alguna operación que permita “conciliar tales realidades contradictorias” (Ganduglia, 1999) de manera que surge entonces la disociación, cuya función “protectora” evita que se re-experimentar los eventos traumáticos (Baita, 2005).

En otro orden de cosas, es preciso subrayar las implicaciones que tiene en el procedimiento judicial la presencia de amnesia disociativa en relación con el abuso sufrido. En estos casos la alternativa es la no intervención del menor en el proceso judicial. La intervención carecería de sentido porque la fuente de la prueba (el menor) se encuentra inhabilitada para el objetivo buscado (aportar información significativa sobre el hecho juzgado). Es más, forzar el resurgimiento de los recuerdos dolorosos en un menor cuando hay una amnesia disociativa puede ser perjudicial para la recuperación. La exoneración del deber de declarar en este caso está basada en el artículo 158.3 del Código Civil, precepto que faculta a los jueces a adoptar las disposiciones oportunas a fin de evitar perjuicios a un menor. Los jueces pueden, en estas circunstancias, valerse de los testimonios de referencia (parientes, terapeutas, trabajadores sociales, profesores, policías, etc.). La jurisprudencia del Tribunal Supremo respecto a este supuesto no es unívoca: lo respalda en algunos casos (SSTS de 8 de marzo y de 1 de julio de 2002), pero no en otros (SSTS de 28 de febrero de 2000, 30 de junio de 2000, 20 de septiembre de 2002 y 14 de marzo de 2006) (Odriozola y Zunzunegui, 2008).

3.5. Depresión

Numerosos autores coinciden en señalar que la depresión frecuentemente se encuentra relacionada con la experiencia de abuso sexual infantil, considerando que el abuso sexual recurrente llevará invariablemente a un estado depresivo. Esta sintomatología depresiva se ha observado en víctimas de abuso desde preescolar hasta la edad adulta. Por lo tanto, la evidencia sugiere que la depresión puede ser un correlato al ASI (Blumler, Keyte, Wiles, 1987 y López, 1993).

Entre los estudios epidemiológicos que subrayan la relación entre abuso sexual infantil y trastornos depresivos como una consecuencia del ASI, tanto a corto como a largo plazo, destacamos los siguientes: Ackerman, Newton, McPherson et al., (1998), Ahmadkhaniha, Shariat, Torkaman-nejad y Moghadam (2007), Hébert, Tremblay, Parent et al. (2006), Jumper, (1995), Kendler y Prescott (1999), Kendler, Kuhn y Prescott (2004), Cantón y Justicia, 2008, Putnam, (2003), Vitriol, Vásquez, Iturra y Muñoz, (2007), Zlotnick, Mattia y Zimmerman (2001).

Uno de los criterios mencionados por el DSM-IV-TR (2000) para el diagnóstico de la depresión mayor es “la ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse”. La importancia de la ideación y conducta suicida como un problema de salud pública, se refleja en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha señalado como decimotercera causa de muerte, con 14,5 casos por 100.000 habitantes (Krug, Dahlberg, Mercy et al. 2002) y una de las tres primeras causas de muerte en el mundo entre los 15 y 34 años de edad (OMS, 2001). Esta realidad merece que le dediquemos un apartado diferenciado.

3.6. Ideación y conducta suicida

El comportamiento suicida ocurre en un continuum de gravedad creciente que incluye la ideación suicida, las tentativas de suicidio y el suicidio consumado (Fernández y Merino, 2001 y Soler y Gascón, 2005). La ideación suicida hace referencia a las ideas de hacerse daño o de quitarse la vida; el intento de suicidio sería el acto destructivo auto-infligido no fatal, con intención explícita o inferida de morir. El suicidio es entendido como el acto fatal destructivo y autoinfligido con la intención explícita o inferida de morir (Bridge, Goldstein y Brent, 2006), y la planificación suicida puede ser definida como aquella idea que, además de expresar los deseos de autoeliminación del individuo, contiene el método específico, el lugar determinado y las precauciones que se han de tomar para lograr no ser descubierto y alcanzar el propósito de morir (Pérez, 2001).

De los factores de riesgo vinculados con la conducta suicida, la experiencia de abuso sexual en la infancia es uno de los más relevantes (Brown, Cohen, Johnson y Smailes, 1999; Groholt, Ekeberg, Wichstrom y Haldorsen, 2005; Kaplan, Pelcovitz, y Labruna, 1999; Larraguibel, González, Martínez, y Valenzuela, 2000; Pelkonen y Marttunen, 2003 y Spirito y Esposito-Smythers, 2006). En este orden de ideas, Cirillo y Blasco (1991), plantean que los niños víctimas de abuso sexual que tras la revelación no se han sentido ni escuchados ni protegidos, tienden a presentar más frecuentemente conductas auto-agresivas que pueden llegar al suicidio.

Por otra parte, los malos tratos en la infancia, incluido el abuso sexual, se relacionan con el suicidio en la edad adulta (Brzozowska, 2004); incluso la gravedad del maltrato infantil puede ser un determinante de la edad en que se lleva a cabo la primera tentativa suicida y de la cantidad de tentativas realizadas. Es decir, si la frecuencia o severidad del maltrato infantil del que fue víctima un menor fueron elevados, la probabilidad de que el primer intento suicida tenga lugar antes de los 20 años se incrementa notablemente (Dube, Anda, Felitti, Chapman, et al. 2006 y Roy, 2004). Esta conclusión tiene graves implicaciones para la salud, ya que un factor relevante en la evaluación del riesgo suicida es la historia de intentos de suicidio previos, teniendo en cuenta que cerca de 15 % de los individuos con intentos de suicidio no fatales mueren finalmente a causa del suicidio (Simpson y Jamison, 1999 y Woods, Lin, Middleman, et

al., 1997). En este sentido Peters y Range (1995), señalan que los adultos que han tenido una experiencia de abuso sexual con contacto físico en su niñez tienen más conductas suicidas y tienen menos inhibidores del suicidio que los adultos que no tuvieron esta experiencia, independientemente del género o de si sus agresores fueron adultos o iguales.

Aunque gran parte de las investigaciones sobre el tema reflejan una alta variabilidad, tanto en el riesgo de ideación suicida como en la planificación e intentos de suicidio, la mayoría de ellas concluyen que las víctimas de ASI tienen un riesgo mayor de presentar ambos fenómenos. La presencia de ideación suicida en víctimas de ASI es el doble que en no víctimas, y los intentos de suicidio es tres veces mayor en víctimas (Pérez-González y Pereda, 2015). En este sentido, destacamos el estudio realizado por Ackard y Neumark-Sztainer (2002), quienes señalan mínimas diferencias entre víctimas y no víctimas de ASI por lo que respecta a la ideación suicida pero, el riesgo de suicidio se multiplica por cinco en el caso de las víctimas.

Respecto a las variables que median entre la experiencia de abuso sexual infantil y el comportamiento suicida, se ha indicado que el alto riesgo de suicidio se asocia con el abuso de sustancias, depresión, trastornos de ansiedad y trastorno de estrés postraumático (Beckinsale, Martin y Clark, 1999; Chen, Dunne y Han, 2006; Edgardh y Ormstad, 2000 y Molnar, Berkman y Buka, 2001)

Finalmente, y en relación a la variable la género, en la mayoría de países a excepción de China, (Phillips, Li y Zhang, 2002), el suicidio es más frecuente en los hombres, pero las mujeres lo intentan con mayor frecuencia. Esta tendencia también se mantiene en muestras de sujetos víctimas de ASI (Kienhorst, De Wilde, Diekstra, Wolters, 1992; Kumar, G., Steer, R. 1995 y Rueda et al., 2011), donde la ideación suicida era significativamente más frecuente en las mujeres que habían sido víctimas del abuso sexual, mientras que no se encontraron diferencias significativas en función del género en aquellas personas que ya habían intentado suicidarse.

3.7. Trastorno de la conducta alimentaria (TCA)

Numerosos estudios señalan el abuso sexual infantil como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. (TCA) (Calvi, 2005; Colombo, Agosta y Barilari, 2008; Echebúrua y Guerricaechevarria, 2005; Favaro y Santonastaso, 2000; Joseph, 2003; Leonard, Kao y Steiger, 2003; Losada, 2009; McClelland, MynorsWallis, Fahy y Treasure, 1991; Moyer, DiPietro, Berkowitz, y Stunkard, 1997; Myskow, 2006; Palmer y Oppenheimer, 1992; Pope y Hudson, 1996; Redondo y Ortiz, 2005; Rodríguez, Pérez y García, 2005; Rodríguez y Guerrero, 2005; Soanes y Swann, 2006; Steiger, Richardson, Schmitz, Israel, Bruce, y Gauvin, 2010 y Waller y Ruddock, 1993). En este epígrafe revisaremos estas investigaciones, agrupándolas según la clasificación de los trastorno de alimentación DSM-IV-TR (APA, 2000).

a. Anorexia Nerviosa

Coovert, Kinder y Thompson (1989) señalaron que los antecedentes de abuso sexual se presentan frecuentemente en la anorexia nerviosa subtipo restrictivo. Más recientemente Wonderlich y Crosby (2001) compararon 20 niñas de entre 10 y 15 años que estaban en tratamiento debido a un abuso sexual infantil informado y 20 niñas de la misma edad que constituyeron el grupo control. Las variables evaluadas fueron: trastornos en la conducta alimentaria, preocupación por la imagen corporal, abuso de sustancias, comportamiento impulsivo y concepto de sí mismas. Los autores informaron de que las menores víctimas de abuso sexual mostraron puntuaciones más elevadas en TCA, comportamiento impulsivo y abuso de drogas en comparación con el grupo control, siendo el comportamiento impulsivo la variable que mejor predecía la relación ente historia de abuso sexual infantil y el comportamiento restrictivo de dietas y purgas.

b. Bulimia Nerviosa

Autores como Garfinkel, Kennedy y Kaplan (1995), señalaron que los antecedentes de abuso sexual eran tres veces más frecuentes en pacientes con diagnóstico de bulimia que en personas sin patologías alimentarias. También Wonderlich, Harris, Wilsnack, y Wilsnack (1996) expusieron que el abuso sexual infantil se constituye como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de un comportamiento bulímico en mujeres. En la misma dirección Claridge, Davis,

Bellhouse y Kaptein (1998), relacionaron el trastorno de bulimia nerviosa y su gravedad con la historia infantil de abuso sexual. Estudios más recientes como el de Leonard, Kao y Steiger (2003) analizaron en mujeres con bulimia la asociación entre el abuso sexual y/o maltrato físico en la infancia con los trastornos de la conducta alimentaria, los síntomas psiquiátricos y la probabilidad de sufrir una agresión sexual en la edad adulta. Los autores concluyen que tanto el trastorno de bulimia nerviosa como los rasgos psicopatológicos asociados al mismo pueden ser una consecuencia de un abuso reiterado en la niñez. Finalmente, el estudio realizado por Perkins (2008) en Melbourne con una muestra de 1.936 estudiantes del sexo femenino procedentes de escuelas públicas y privadas entre los años 1992 y 2008 reveló que durante el período de estudio, 35 alumnas (1,81 %) desarrollaron bulimia y 32 desarrollaron anorexia (1,65%). El autor concluye que el estilo emocional de las pacientes con bulimia es similar al de aquellas que fueron sexualmente abusadas de niñas, constituyendo el abuso sexual infantil un factor de riesgo para el desarrollo de la bulimia nerviosa. En resumen, parece ser que existe una la asociación entre ASI y TCA, y que esta asociación es más fuerte en pacientes con *bulimia nerviosa* que en pacientes con trastornos alimentarios en general (Brewerton, 2007).

c. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE)

El abuso sexual infantil también se ha relacionado con el *trastorno por sobreingesta compulsiva (o trastorno por atracón)*, el cual aparece por primera vez con entidad propia en el DSM-5 (APA, 2013), en el capítulo de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En el DSM-IV-TR (APA, 2000), el trastorno por atracón solo aparecía como criterios en investigación en el apéndice de criterios y ejes propuestos para estudios posteriores, diagnosticándose dentro de la amplia etiqueta de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). Este trastorno se caracteriza por la aparición de episodios de ingesta compulsiva (atracones) que se definen por dos características esenciales, la ingesta en poco tiempo de una cantidad de comida excesiva y la pérdida de control sobre esa ingesta. También existe malestar respecto a los atracones y ausencia de conductas compensatorias, esta última característica de la bulimia nerviosa.

Grilo y Masheb (2001) plantean la hipótesis de que comer de forma compulsiva podría ser una variable mediadora entre el ASI y la obesidad. Analizaron una muestra de 145 pacientes con trastorno de alimentación compulsiva, observando antecedentes de ASI en el 30,3% de los sujetos, en comparación con el 18,4% del grupo control.

Por otra parte, Dunkley, Masheb, y Grilo (2010) examinaron el papel mediador de la variable autocrítica en la relación entre el maltrato en la infancia, y la aparición de síntomas depresivos e insatisfacción corporal en una muestra de 170 pacientes con trastorno por atracón. Los resultados indican una asociación significativa entre abuso emocional y/o abuso sexual con insatisfacción corporal, siendo la autocrítica la variable que mejor predecía la asociación entre estas formas de maltrato infantil y síntomas de depresión e insatisfacción corporal en pacientes con trastorno por atracón.

Una de las posibles consecuencias del trastorno de ingesta compulsiva es la *obesidad*, ya que este tipo de pacientes ingieren una gran cantidad de calorías y no se purgan (Willson y Smith, 1989). La obesidad es una enfermedad sistémica, crónica y recurrente, caracterizada por un exceso de grasa corporal, que genera graves riesgos para la salud. Su etiología es compleja; involucra interacciones entre factores de conducta, ambientales y genéticos, que conducen a un desequilibrio entre el consumo de alimentos y el gasto energético del individuo, quien adquiere un exceso de calorías que se almacenan en el organismo como grasa. Aunque la obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, en el DSM-IV y 5 no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Sin embargo, cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad, este hecho puede indicarse anotando la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico. Este sería el caso de la obesidad asociada al ASI. Uno de los primeros estudios que evaluaron la relación entre obesidad y antecedentes de maltrato fue el de Felitti, Anda, Nordenberg et al. (1998), quienes identificaron una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente de ASI con penetración y el riesgo de obesidad. Gustafson y Sarwer (2004) señalaron que el 60% de las personas que sufrieron abuso sexual en la infancia tenía hasta más de 22 kg de sobrepeso en comparación con el 28% de las personas que no tenían este antecedente. Así mismo, las personas que habían sufrido ASI fueron más propensas a tener obesidad extrema: 25% de ellas tenía más de 40 kg de sobrepeso, comparado con

6% del grupo control. Los autores sugieren una correlación positiva entre ASI y la obesidad, más acentuada cuando se trata de abuso severo. También Noll, Zeller, Trickett y Putnam (2007), en un estudio prospectivo longitudinal realizado con mujeres víctimas de ASI, concluyeron mayor riesgo para desarrollar y mantener la obesidad en la edad adulta (20 a 27 años) en comparación con mujeres sin este antecedente (42.25% vs 28.40%,).

Dentro de las investigaciones cuyo objeto de estudio es analizar las variables que moderan la relación entre TCA y ASI, es imprescindible hacer referencia a las que en concreto señalan la revelación o no del ASI, la retractación una vez eclosionado el conflicto y el apoyo familiar recibido tras esta revelación. En este sentido, Pope y Hudson (1996) describieron la patología alimentaria como consecuencia de la no revelación del abuso sexual infantil. Losada (2009) señala que sujetos que han atravesado por las diferentes etapas del Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil (SAASI; Summitt. 1983) y se han estacionado en el estadio de la retractación pueden desarrollar a posteriori patologías alimentarias tales como anorexia y bulimia. Smolak, Levine, y Sullins (1990) observaron que la relación entre el abuso sexual infantil y el posterior desarrollo de trastornos en la conducta alimentaria está condicionada por las características del abuso, las variables de la personalidad y los niveles de apoyo familiar. También Waller y Ruddock (1993), señalaron que el abuso sexual infantil informado se asocia generalmente con el desarrollo de anorexia y bulimia nerviosa. El alcance de la psicopatología, particularmente la frecuencia de los vómitos y la presencia de síntomas de personalidad límite, se asociarían con la naturaleza de la respuesta percibida tras la revelación. La percepción de la falta de respuesta o una respuesta negativa y hostil se asoció con patrones de sintomatología específica. En otra dirección, están las investigaciones de Kern y Hastings (1995) quienes señalan que un entorno familiar disfuncional se relaciona más con ASI que con bulimia. También concluyeron que el único signo de anormalidad en las familias con pacientes bulímicas era el marcado énfasis que la familia ponía en la consecución de logros.

Finalmente, respecto a la comorbilidad de los TCA en víctimas de ASI con otros síntomas o trastornos psicopatológicos como conductas autolesivas y trastorno disociativo, destacamos dos estudios. El primero de ellos realizado por Groth, Marnat y Michel (2000), quienes analizaron la relación entre disociación y el abuso sexual infantil en una muestra de 47 pacientes con TCA, de las cuales 29 mujeres habían tenido

bulimia en el pasado, y un grupo control de 37 mujeres sin diagnóstico de bulimia. Las variables evaluadas fueron: bulimia, disociación e incidencia y severidad del abuso sexual infantil. Las mujeres que obtuvieron las puntuaciones más altas en la medida de disociación fueron posteriormente evaluadas con un cuestionario clínico estructurado con el objetivo de determinar qué criterios DSM-IV cumplían para el diagnóstico de trastorno disociativo. Los resultados indicaron que los casos más graves de abuso sexual infantil fueron informados por mujeres con diagnóstico actual de bulimia. El segundo estudio fue realizado por Claes y Vandereycken (2007), quienes analizaron la relación entre comportamientos autodestructivos y una historia de experiencias traumáticas, en una muestra de 70 pacientes con trastornos en la conducta alimentaria. Los autores informaron de los siguientes resultados: 1) el 38,6% de la muestra presentaba comportamientos autodestructivos, más frecuentemente en pacientes con bulimia nerviosa; 2) un 47,7% de las participantes informaron de abuso sexual y 32,3% experiencias de maltrato en su infancia; 3) las pacientes que fueron víctimas de abuso interpersonal antes de los 15 años de edad tenían más posibilidades de desarrollar un comportamiento autodestructivo, y 4) altos niveles de disociación y autocrítica diferenciaban a los pacientes con TCA que habían sido víctimas de abuso sexual con comportamientos autodestructivos, de aquellos sin comportamientos autodestructivos.

3.8. Trastornos de personalidad (TP)

Las investigaciones realizadas sobre la relación entre abuso sexual infantil, rasgos de personalidad y trastornos de la personalidad (TP) muestran resultados poco concluyentes (Pereda, 2011). Uno de los estudios pioneros realizados en este ámbito fue el de Tong, Oates y McDowell (1987). Los autores informan de que el abuso sexual infantil podía tener implicaciones en la capacidad de las víctimas para relacionarse con los demás, tanto para las relaciones de amistad que podían establecer con adultos, como para la forma de relacionarse con sus iguales. También, Johnson et al., (1999) señalan una probabilidad cuatro veces mayor de desarrollar trastornos de personalidad en víctimas de ASI que en población general; observando que diferentes tipos de maltrato conllevaban el desarrollo de diferentes trastornos de personalidad, en concreto el riesgo

de trastorno límite se asociaría a víctimas de abuso sexual; y el trastorno antisocial y dependiente con maltrato físico y negligencia.

Los trastornos de personalidad se definen como:

“pautas persistentes de experimentación y comportamiento, que no se corresponden con lo que sería de esperar en función del contexto socio-cultural del individuo, y que se manifiestan, como mínimo, en dos de los diversos posibles ámbitos en los que se desarrolla la vida de la persona: cognitivo, afectivo, funcionamiento interpersonal o control de impulsos” (Belloch y Fernández Álvarez, 2002, pag.15).

El DSM-IV (APA, 2000) contempla 10 TP distintos, además de una categoría residual (no especificado), y otros posibles trastornos (depresivo y pasivo-agresivo o negativita) que se plantean con propuestas para estudios posteriores y, por lo tanto no aparecen en el capítulo dedicado a los TP sino en el apéndice B, dedicado a trastornos en estudios.

El DSM-5 (APA, 2013) incluye dos tipos de definición y de sistemas de valoración para los TP. Por un lado, en la Sección II (clasificación oficial) se presenta una definición categorial de los TP basada más en conductas que en rasgos o disposiciones de personalidad, prácticamente idéntica a la anterior del DSM-IV, y que abarca los diez trastornos específicos tradicionales, más algunos especificados y otro no especificado. Por otro lado, en la Sección III del DSM-5 (dedicada a los trastornos que requieren más estudio) se propone un modelo híbrido categórico-dimensional para el diagnóstico de los TP. Este modelo incluye un conjunto de rasgos y dominios de la personalidad que, junto con el mayor o menor deterioro en el funcionamiento de la personalidad, se configuran para categorizar uno de los seis TP propuestos (esquizotípico, límite, antisocial, narcisista, obsesivo-compulsivo y ansioso-evitativo) (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014). Este enfoque es más flexible, más específico y presta una mayor atención al nivel de gravedad (Skodol, Bender, Oldham et al., 2011).

Siguiendo la clasificación de los TP según DSM-IV, la experiencia de abuso sexual parece incrementar el riesgo de trastorno antisocial (Fergusson, Boden, Horwood, 2008), trastorno límite y antisocial de la personalidad (Lobbestael, Arntz, Sieswerda, 2005) trastorno límite y trastorno de la personalidad por dependencia (Strickland, 2008), trastorno obsesivo-compulsivo (Caspi, Vishne, Sasson et al. 2008) o

mostrar rasgos de personalidad psicopatológicos como el paranoide, el límite, el histriónico, el narcisista o el dependiente (Bradley, Heim, Westen, 2005; Gibb, Wheeler, Alloy, 2001), entre otros.

Pero sin duda uno de los trastornos más frecuentemente relacionados con la experiencia de abuso sexual infantil es el *trastorno límite de la personalidad* (TLP), definido como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, así como una elevada impulsividad, que puede reflejarse en la existencia de abuso de sustancias, desórdenes alimenticios caracterizados por atracones y conductas sexuales promiscuas, entre otros (DSM-IV-TR, 2000) y que se observa con relativa frecuencia en víctimas de abuso sexual.

Diversos estudios han confirmado esta relación en población general (Bosch, Verheul, Langeland y Brink, 2003 y Johnson, Sheahan y Chard, 2003) y en muestras clínicas (Bierer, Yehuda y Schmeidler, 2003; Brown y Anderson, 1991 y Horesh, Nachshoni, Wolmer, Toren, 2009).

En un primer momento las investigaciones sobre ASI y TLP se centraron en el abuso como factor etiológico en el desarrollo y curso del TLP (Perry y Herman, 1993). Sin embargo, las investigaciones realizadas por Zanarini, Frankenburg, Reich, et al. (2000) sobre la relación entre fracaso biparental y el TLP, señalan que si bien el abuso sexual puede estar presente en las personas con TLP no es condición necesaria ni suficiente para el desarrollo de este trastorno, ya que la presencia de abusos sexuales o físicos en la infancia también se da en otros trastornos de la personalidad e incluso en personas sanas que han superado la experiencia de ASI sin desarrollar afecciones mentales (Paris, 1994). En esta misma dirección está el metanálisis publicado por Fossati, Madeddu, y Maffei (1999) donde se indica que el ASI no es un antecedente causal del TLP.

Otras variables estudiadas respecto al ASI y el TLP son las relacionadas con las características del abuso: momento en que tuvo lugar (infancia temprana vs. tardía), tipo de abuso (intra vs. extrafamiliar) y gravedad. McLean y Gallop (2003) analizaron, en una muestra de 65 mujeres, si el momento en que tuvo lugar el abuso sexual se relacionaba con padecer trastorno límite de personalidad y un cuadro de estrés postraumático en la edad adulta. Los resultados obtenidos indican que el diagnóstico de ambas patologías era significativamente más elevado en los casos en que las mujeres

relataron haber padecido abuso sexual en la infancia temprana en comparación con las que informaba una edad más tardía. Respecto al tipo de abuso, McLean y Gallop (2003) señalan que el abuso sexual intrafamiliar predecía ambas patologías TEPT y TLP. Zanarini et al. (2000) informaron de que mujeres con diagnóstico de TLP y con una historia previa de negligencia de sus cuidadores tenían más probabilidades de haber sufrido abusos sexuales por parte de personas que no eran sus cuidadores habituales (extrafamiliar). Por último, Silk et al. (1995) realizaron un estudio con 41 mujeres víctimas de ASI con el objetivo de analizar la relación entre síntomas específicos de TLP y gravedad del abuso. La variable gravedad se categorizó en: 1) abuso perpetrado por el progenitor, 2) duración del abuso, y 3) abuso con penetración. Los autores informaron de que la variable que mejor predecía síntomas de TLP era la duración del abuso. En esta misma dirección se encuentran las investigaciones de Paris, Zweig-Frank y Guzder, 1994 quienes informaron que la gravedad del abuso era mayor en pacientes con diagnóstico de TLP.

Uno de los criterios que aparecen en todas las clasificaciones para el diagnóstico de TLP es: *“comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación”*. La abundante literatura científica sobre autolesiones no suicidas y su relación con el abuso sexual hace que le dediquemos el siguiente apartado.

3.9. Autolesiones no suicidas

El término “autolesión no suicida” (NSSI; non suicidal self-injury) es acuñado para la 5ª edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (APA, 2013). El DSM-5, en el capítulo de afecciones que necesitan más estudio, define la autolesión no suicida como una conducta por medio de la que el individuo se inflige intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor, con la expectativa de que la lesión solo conllevará un daño físico leve o moderado. Además, esta debe realizarse con expectativas de aliviar un sentimiento o estado de ánimo negativo, o para resolver una dificultad interpersonal, o para inducir un estado de sentimientos positivos (APA, 2013). Esta definición de autolesión no suicida propuesta por grupos de investigación norteamericanos es más

restrictiva que el término de conducta autolesiva, de tal modo que la NSSI solo engloba aquellos “*actos que impliquen un daño directo y deliberado contra uno mismo (cuerpo), en ausencia de intencionalidad suicida*” (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson y Prinstein, 2006). Por otra parte, los grupos de investigación europeos abogan por una definición meramente conductual, independientemente de la motivación subyacente (Frías, Vázquez, Del Real, Sánchez Del Castillo y Giné, 2012). Desde esta perspectiva, se utiliza el término “autolesión deliberada” (AD; deliberate self-harm) para definir “*todo acto con resultado no fatal que, siendo sancionable culturalmente, un individuo realiza de manera deliberada contra sí mismo para hacerse daño* (i.e. cortes, quemaduras, sobreingestas medicamentosas y sobredosis, envenenamiento, golpes, saltar desde lo alto de un lugar, etc.)” (Hawton, Rodham, Evans y Weatherall, 2002). Esta falta de consenso en la terminología (autolesión no suicida, conducta autolesiva, automutilación y/o conducta autodestructiva) dificulta la comparación de datos epidemiológicos procedentes de diferentes muestras.

A pesar de estas dificultades en la conceptualización del término NSSI, si parece existir un acuerdo entre los investigadores en un aumento significativo de la prevalencia de las autolesiones en adolescentes en los últimos años. La prevalencia-vida se estima en un 7,5-8% en preadolescentes, incrementando hasta un 12-28% en adolescentes, y un 40-80% en adolescentes en muestras clínicas (Washburn et al., 2012).

La etiopatogenia de las autolesiones no suicidas constituye un campo de estudio donde el número de investigaciones es muy elevado, siendo uno de sus objetivos el establecer unas bases empíricas sobre las que sustentar su tratamiento. En este sentido, se consideran como factores de riesgo de las autolesiones no suicidas variables sociodemográficas (edad y sexo), caracteriales (rasgos de personalidad y autoestima), psicopatológicas (uso de drogas, sintomatología depresiva y psicopatología alimentaria) y psicosociales (conflictos interpersonales, modelado y abuso sexual) (Frías, Vázquez, Del Real, Sánchez Del Castillo y Giné, 2012).

Respecto a las variables psicosociales y en concreto el ASI, numerosos estudios retrospectivos señalan que su prevalencia es mayor en adolescentes que se autolesionan en comparación con sujetos sin esta psicopatología (Cerutti, Manca, Presaghi y Gratz, 2011; Landstedt y Gillander, 2011; Mc Mahon et al., 2010; Ystgaard, Reinholdt, Husby y Mehlum, 2003). Así mismo, varias investigaciones subrayan que el abuso sexual

infantil constituye un agente precipitante de la conducta autolesiva (Madge, Hawton y McMahon, 2011 y O'Connor, Rasmussen y Hawton, 2009), siendo modulada esta asociación por la presencia de psicopatología depresiva (Klonsky, 2007 y Murray, MacDonald y Fox, 2008).

Respecto al tratamiento y pronóstico de este tipo de pacientes, diferentes estudios concluyen que los pacientes con autolesiones no suicidas y antecedentes de trauma temprano presentan una baja adherencia al tratamiento y una marcada tendencia al abandono y recaída (Nagata, Kawarada, Kirike e Iketani, 2000; Paul, Schroeter, Dahme y Nutzinger, 2002 y Rodríguez, Pérez y Díaz, 2005).

Otro campo de estudio del NSSI es su relación con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). A este respecto, diferentes autores informaron de que pacientes con TCA y conductas autolesivas presentaban más frecuentemente una historia de abuso sexual o físico en la infancia (Favaro y Santonastaso, 2000; Matsumoto, Azekawa, Yamaguchi, Asami e Iseki, 2004 y Nagata, et al. 2000).

En conclusión, existen evidencias empíricas que sostienen el papel del abuso sexual como agente desencadenante de la autolesiones no suicidas en adolescentes “vulnerables”.

3.10. Conductas sexualizadas

Las conductas sexualizadas, también denominadas comportamientos erotizados, aunque no constituyen una categoría diagnóstica, es uno de los problemas más frecuentes en víctimas de abuso sexual infantil, siendo tomada habitualmente como un indicador de marcada fiabilidad para su detección (Pereda, 2009). Bromberg y Jonson (2001) indican que la conducta sexualizada es 15 veces más probable en menores víctimas de abuso sexual que en no víctimas. Sin embargo, estas conductas no son exclusivas de las víctimas de abuso sexual y pueden producirse por otros motivos diferentes a la experiencia de abuso como son la vivencia de otras experiencias de carácter violento (ser víctima de maltrato físico o testigo de violencia familiar) o las actitudes familiares respecto al sexo, entre otras (Friedrich, Fisher, Broughton, Houston y Shafran, 1998). Es decir, los diferentes tipos de victimización (castigo físico, abuso

sexual, abandono emocional, etc.) pueden dar lugar a síntomas y pautas de conductas similares en niños de la misma edad. El único síntoma que diferencia a los niños de quien se ha abusado sexualmente de los que no es una conducta sexual inapropiada (Finkelhor, 1997).

Diversos autores han estudiado aquellas conductas sexuales que pueden considerarse normativas según la edad (Brilleslijper-Kater y Baartman, 2000 y Friedrich et al., 1998) y el género (Sandnabba, Santtila, Wannäs y Krook, 2003) y las han comparado con las que presentan la mayoría de víctimas de abuso sexual infantil, ilustrando la elevada frecuencia de conocimientos y conductas sexualizadas y no normativas en estas víctimas (Cohen y Mannarino, 1988; Einbender y Friedrich, 1989 y Mannarino y Cohen, 1986), incluso en edades muy tempranas (Mian, Marton y LeBaron 1996). También pueden tener confusión sobre la sexualidad y su orientación sexual (Noguerol y Casado, 1997).

Respecto a las conductas normativas según la edad y género debemos recordar que todos los niños entre los cuatro y los cinco años, se muestran interesados en los temas sexuales y hacen preguntas sobre la diferencia sexual anatómica, sobre cómo nacen los niños y como se forman. También exploran su propio cuerpo y el de los demás (sobre todo los del sexo opuesto). Estos juegos sexuales infantiles permiten a los niños investigar sus cuerpos y las sensaciones asociadas con las zonas erógenas, a través de la masturbación y los acercamientos con otros niños. Representa un estadio normal del desarrollo biopsíquico de cualquier persona y no deben alarmar a menos que se conviertan en la actividad que más interés despierta en el niño o que ocupa la mayor parte de su tiempo (erotización prematura). Por otro lado, tanto cuando se masturban como cuando juegan a los “médicos” o muestren sus genitales, es excepcional que los niños no abusados intenten introducir (a los demás o a sí mismos) objetos en los orificios vaginales o anales. Generalmente, los juegos de médicos de niños no victimizados engloban conductas exploratorias de los genitales, junto con la aplicación de inyecciones, la administración de medicaciones, operaciones, etc., donde el juego reside básicamente en quitarse la ropa y mirarse. Los niños victimizados por el contrario, proponen juegos con representaciones, actividades concretas, de sexo oral, coito anal o vaginal, inserción de objetos en orificios genitales o masturbación mutua. Es preciso señalar que los niños, sobre todo los más pequeños, no tienen forma de

conocer los detalles de una relación sexual adulta si no tuvieron la oportunidad de observarla o si no fueron víctimas de abuso.

Siguiendo con esta argumentación, las conductas sexualizadas como indicador de ASI, algunos investigadores analizaron los criterios que asumen los profesionales en el diagnóstico de casos de abuso sexual, y los factores personales y laborales que pueden condicionar sus sospechas. En el estudio de Conte, Sorenson, Fogarty y Rosa (1991), los participantes manifestaron que los indicadores sexuales más importantes para corroborar una denuncia de abuso sexual son, de mayor a menor relevancia, el conocimiento sexual impropio de la edad, la conducta precoz o seductora, el juego sexual con muñecos anatómicos, la masturbación excesiva y la obsesión con los genitales. Por su parte, Kendall-Tackett y Watson (1991) observaron que algunas conductas sexuales fueron consideradas más indicativas de abusos por parte de las mujeres (conducta provocativa o lenguaje sexualizado) y los policías (curiosidad o evitación ante muñecos anatómicos desnudos), y que los conocimientos sexuales “adultos” generaron más sospechas cuando se asociaron a niños/as de más corta edad. Finalmente, Davey y Hill (1995) comprobaron que un porcentaje relativamente alto de la muestra afirmó que el conocimiento sexual precoz (73,3%), los comentarios recurrentes sobre sexo (63,3%), la “conducta sexualizada” (exhibicionismo o tocamientos sexuales a otros, 56,7%) y la masturbación recurrente (30%) son fuertemente indicativos o pruebas inequívocas de abusos sexuales.

Más recientemente, González, Orgaz y López (2012) realizaron un estudio cuyo objetivo general fue analizar la forma en que los profesionales españoles e hispanoamericanos valoran las conductas sexuales infantiles que la literatura considera indicativas de abusos sexuales. Más específicamente, se pretendía examinar: 1) cuáles son las conductas sexuales infantiles que, en mayor medida, suscitan la sospecha de un abuso y/o la intención de notificar a las instituciones; 2) cuáles son los factores que determinan más la detección y notificación de posibles abusos: los situacionales (referidos a la conducta sexual valorada) o los personales (referidos al profesional que valora); y 3) cuáles son los criterios o factores situacionales que se tienen más en cuenta a la hora de detectar y notificar un posible abuso sexual (el tipo de conducta, el sexo del prepúber o su edad), y además, cuáles son los factores personales que producen más sesgos (los sociodemográficos, académico-profesionales o actitudinales). Las conclusiones del estudio fueron:

- 1) Los factores personales de los profesionales, tomados en conjunto, son los que más predicen sus sospechas ante las conductas sexuales infantiles que la literatura considera indicativas de abusos sexuales. Los factores situacionales, por el contrario, son los que más explican su intención de notificar a las instituciones.
- 2) Con independencia de la conducta sexual valorada, la proporción de profesionales que sospecha un abuso parece ser mayoritaria y la proporción que notificaría a las instituciones, minoritaria.
- 3) El 95,6% de profesionales considera que la presencia de agresividad en las interacciones sexuales de los prepúberes indica abusos. La literatura científica sobre el tema, sugiere que este tipo de comportamiento se asocia más que otros (como la masturbación excesiva o la conducta sexual precoz) a experiencias de victimización sexual, especialmente en el caso de los varones (Faller, 2003).
- 4) Los participantes consideran que el conocimiento sexual precoz o impropio de la edad es otro de los indicadores más fiables de abusos sexuales, criterio también respaldado por la literatura (Faller, 1993 y Pons-Salvador, Martínez, Pérez y Borrás, 2006).
- 5) Dos manifestaciones sexuales, masturbarse todos los días y emplear un lenguaje obsceno al hablar de sexo, suscitan menos sospechas y propósitos de notificar, respectivamente.
- 6) Los profesionales parecen considerar que la interacción sexual con una muñeca anatómica es “fuertemente indicativa” o “prueba inequívoca” de abusos sexuales.
- 7) Ningún factor de tipo personal ha demostrado tener un peso destacable sobre la intención de notificar una situación de ASI, únicamente los profesionales más erotofóbicos corren el riesgo de sobreestimar la frecuencia de abusos sexuales y alarmarse en exceso ante conductas propias del desarrollo sexual infantil (cometer falsos positivos). Los autores concluyen que la detección y notificación de posibles casos de abuso sexual a partir de indicadores sexuales se ve afectada, en parte, por el tipo de conducta sexual infantil que tiene lugar y las actitudes personales hacia la sexualidad.

3.11. Conclusiones

En este capítulo hemos revisado las consecuencias psicológicas, a corto y largo plazo, que el abuso sexual infantil tiene sobre las víctimas. Consecuencias que se han asociado a diferentes problemas emocionales, cognitivos, de relación, conducta, funcionales, sexuales, etc. Como conclusión general, podemos subrayar la no existencia de un patrón de síntomas único, así como la presencia de una extensa variedad de síntomas en estas víctimas, e incluso la ausencia total de síntomas en algunas de ellas, impidiendo establecer un síndrome que defina y englobe los problemas emocionales, cognitivos y sociales que se relacionan con la experiencia de abuso sexual. A pesar de ello, existe suficiente evidencia empírica en la literatura científica que demuestra que los antecedentes traumáticos ocurridos en la niñez constituirían factores de riesgo frecuentes, inespecíficos y no determinantes para algunas enfermedades del Eje I (DSM-IV-TR, 2000). Respecto al Eje II, las principales investigaciones concluyen que pacientes a los cuales se les había documentado una historia clínica de abuso sexual infantil, se les diagnosticaba en la vida adulta cuatro veces más un trastorno de personalidad del clúster B.

Por otra parte y a tenor de las investigaciones expuestas, podíamos finalizar este capítulo señalando que puesto que no es posible intervenir sobre las características de la situación abusiva, y su utilidad desde un punto de vista clínico es muy limitada, resultaría de mayor interés estudios cuyo objetivo sea el análisis de los procesos que explican el desarrollo de una determinada sintomatología. Un mejor conocimiento de las variables mediadoras relacionadas con la experiencia de abuso sexual infantil permitirá un mejor tratamiento de estas víctimas, así como la prevención de posibles problemas psicológicos posteriores.

En forma de síntesis, exponemos dos cuadros-resumen en los que se exponen las consecuencias psicopatológicas más habituales en menores víctimas de abuso sexual a corto (Tabla 7) y a largo plazo (Tabla 8), según los estudios efectuados por Pereda (2009, 2010).

Tabla 7 - *Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil (elaboración propia a partir de Pereda, 2009)*

	SINTOMATOLOGÍA
PROBLEMAS EMOCIONALES	Miedos Fobias Síntomas depresivos y ansiedad Baja autoestima Sentimientos de culpa Estigmatización Trastorno por estrés postraumático Ideación y conducta suicida Autolesiones
PROBLEMAS COGNITIVOS	Conductas hiperactivas Problemas de atención y concentración Bajo rendimiento académico Peor funcionamiento cognitivo general Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
PROBLEMAS DE RELACIÓN	Problemas de relación social Menor cantidad de amigos y menor tiempo de juego con iguales Elevado aislamiento social
PROBLEMAS FUNCIONALES	Problemas de sueño (pesadillas) Pérdida del control de esfínteres (enuresis y encopresis) Trastornos de la conducta alimentaria Quejas somática
PROBLEMAS DE CONDUCTA	Conductas sexualizadas: <ul style="list-style-type: none"> - Curiosidad sexual excesiva - Imitación de actos sexuales - Masturbación compulsiva - Conductas exhibicionistas - Uso de vocabulario sexual inapropiado Conformidad compulsiva Conducta disruptiva y disocial <ul style="list-style-type: none"> - Hostilidad - Agresividad - Ira y rabia - Trastorno oposicionista desafiante

Fuente: Pereda (2009).

Tabla 8 - *Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil*
(elaboración propia a partir de Pereda 2010).

	SINTOMATOLOGÍA
PROBLEMAS EMOCIONALES	Trastorno depresivo y bipolar Síntomas y trastornos de ansiedad Trastorno por estrés postraumático Baja autoestima Alexitimia Trastorno límite de la personalidad Conductas autodestructivas Ideación y conducta suicida/ autolesiones
PROBLEMAS DE RELACIÓN	Aislamiento y ansiedad social Dificultades en la relación de pareja Dificultades en la crianza de los hijos/as
PROBLEMAS DE CONDUCTA Y ADAPTACIÓN	Hostilidad Trastornos de conducta
PROBLEMAS FUNCIONALES	Trastornos de la conducta alimentaria Dolores físicos Trastorno de conversión Crisis convulsivas no epilépticas Trastorno disociativo Trastorno de somatización Desórdenes ginecológicos Abuso de sustancias
PROBLEMAS SEXUALES	Sexualidad insatisfactoria y disfuncional Conductas de riesgo sexual Maternidad temprana Prostitución Revictimización

Fuente: Pereda (2010b).

CAPITULO IV – EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

4.1. Introducción

La evaluación psicológica de menores víctimas de abuso sexual resulta una tarea difícil y compleja. Cabe distinguir en dicha tarea la valoración que pueda efectuarse desde el área de la psicología clínica y la psicopatología, relacionada con el daño emocional o las secuelas psíquicas, y aquella que puede efectuarse desde el área de la psicología básica, la psicología experimental y la psicología del testimonio, relacionada con las valoraciones sobre la credibilidad del testimonio infantil en casos de abuso sexual.

El presente capítulo, dada la orientación de la investigación, se centrará mayoritariamente en la valoración psicológica desde la perspectiva más clínica, al ser ésta más cercana al ámbito de la investigación desarrollada.

Para empezar resulta importante revisar cómo se ha definido la evaluación psicológica por parte de la comunidad científica, así como conceptos relacionados como el psicodiagnóstico.

El término psicodiagnóstico nació en el campo medico-psiquiátrico. Fue empleado por primera vez en 1921 en Suiza como título de la obra de Hermann Rorschach titulada “Psychodiagnostik”, quien realizó el primer acercamiento cualitativo del estudio de la personalidad. El psicodiagnóstico puede definirse como un proceso de:

“recogida de información procedentes de procedimientos no experimentales. Se asienta originalmente en modelos proyectivos y su procedimiento principal de validación es en relación con un criterio previo (en el caso del Rorschach, el criterio fue el diagnóstico psiquiátrico de la época). Se apela a juicios globales (no analíticos) y no cuantitativos. Su compromiso con un modelo médico le lleva a insistir en los aspectos negativos del funcionamiento psicológico” (Moreno, 2005, p.6).

La evaluación hace referencia al examen o exploración de un sujeto, mientras que la valoración suele usarse en relación a los objetos como un punto de trabajo, un tratamiento o un programa (Fernández-Ballesteros, 2011)

La evaluación psicológica se ha definido como:

“un proceso realizado por un psicólogo utilizando métodos que son en gran parte el resultado de instrumentos, procedimientos y principios identificados históricamente con la psicología clínica y con el campo de los test y la medición psicológica” (Grisso, 1986, en Saborío, 2005).

Además se ha indicado que la evaluación psicológica es un proceso multifacético e interactivo que involucra una continua formulación, prueba y modificación de hipótesis sobre las personas evaluadas (Gacono, 2002, en Saborío, 2005). También se ha definido como:

“estudio científico, mediante una serie de procedimientos de recogida de información, de las actividades psicológicas de una persona (o grupo especificado de personas) con el fin de alcanzar los objetivos propuestos, que pueden ser de muy variado tipo, desde el diagnóstico psicopatológico al análisis de un cambio de conducta o a la valoración de intervenciones” (Fernández-Ballesteros, 2011, p.30).

Por otra parte, se ha indicado que el objetivo de la evaluación psicológica es:

“el análisis de la persona, de sus conflictos o problemas, pero la evaluación psicológica no se limita a este aspecto evaluativo. Las acciones humanas emprendidas con el objetivo de modificar la conducta personal o social pueden ser también objeto de evaluación. Así, la evaluación de tratamientos o la evaluación de programas forman parte de la acción evaluadora” (Forns, 2004, p. 31).

4.2. Perspectivas en la evaluación psicológica de menores víctimas de abuso sexual infantil.

Según algunos autores (Forns, 1993, en Forns et al., 2004), la evaluación psicológica conlleva una toma de decisiones, sean éstas clínicas, educativas, judiciales y/o sociales, relacionadas con la conducta objeto de análisis.

Así, el contexto desde el que se puede originar o que puede motivar llevar a cabo una valoración psicológica que, en palabras de Forns, supone la correspondiente toma de decisiones, en relación una sospecha de abuso sexual condicionará

significativamente la orientación en la que llevar a cabo el proceso de valoración según éste sea clínico o forense. La posición o el rol del psicólogo ante la tarea de valoración resultarán también diferente según el objetivo que deba abordarse en cada caso en concreto.

Sin perjuicio de lo indicado anteriormente, cabe destacar que una valoración clínica puede desarrollarse en un contexto forense, en aquellos casos, por ejemplo, en los que el juez instructor pueda solicitar una valoración sobre el estado emocional de un sujeto como consecuencia de una situación delictiva victimizante.

El rol del psicólogo y la labor desempeñada por éste, así como los intereses que se ponen en juego en el contexto de evaluación, según éste sea forense o terapéutico, pueden entrar en un importante conflicto ético, por lo que en base al punto 4.02.01 de la “Specialty Guidelines for Forensic Psychology” (APA, 2012) deberían mantenerse separados. En el cuadro siguiente se exponen las diferencias fundamentales entre la posición del psicólogo en los respectivos ámbitos.

Tabla 9 – *Diferencias entre la evaluación forense y la evaluación clínica.*

	Evaluación forense	Evaluación clínica
Objetivo	Ayuda a la toma de decisiones judiciales	Diagnóstico y tratamiento
Relación evaluador-sujeto	Escéptica pero con establecimiento de un rapport adecuado	Ayuda en el contexto de una relación empática
Secreto profesional	No	Sí
Destino de la evaluación	Variable (juez, abogado, seguros...)	El propio paciente
Estándares y requisitos	Psico-Legales	Médico-psicológicos
Fuentes de información	Entrevista. Test. Observación. Informes médicos y psicológicos. Familiares. Expedientes judiciales.	Las mismas (excepto los expedientes judiciales) y el historial clínico
Actitud del sujeto hacia la evaluación	Riesgo de simulación, disimulación o engaño (demanda involuntaria)	En general, sinceridad (demanda voluntaria)
Ámbito de la evaluación	Estado mental en relación al objeto pericial	Global
Tipo de informe	Muy documentado, razonado técnicamente y con conclusiones que contesten a la demanda judicial. Documento legal	Breve y con conclusiones. Documento clínico
Intervención en la sala de Justicia	Esperable. En calidad de perito	No esperable. En calidad de testigo-perito

Fuente: Echeburúa, Muñoz y Loinaz (2011).

Dados los distintos abordajes psicológicos que pueden efectuarse ante una situación de abuso sexual infantil, por un lado la asistencial-terapéutica y por otro la que tiene por objetivo recabar y analizar el testimonio para finalidades investigativas en el sistema judicial, debe señalarse que ante la situación de que se soliciten ambos tipos de intervenciones, la intervención forense debería priorizarse sobre la intervención clínica. La investigación en este campo ha indicado que encontrarse en tratamiento psicoterapéutico con anterioridad a la exploración forense del menor puede poner en riesgo la valoración pericial al haberse podido producir interacciones en el contexto

terapéutico que conlleven una sugestión del recuerdo o relato aportado por el menor en su declaración (Bruck y Ceci, 2004). Esto podría conllevar una obstrucción a la labor desarrollada en los juzgados así como imposibilitar el acceso a información que, de otro modo, el menor sí podría haber aportado.

No obstante, en el contexto forense en el que en muchos casos se considera fundamental la prueba sobre la credibilidad del testimonio infantil, tal como han indicado algunos autores, en dichas valoraciones no solo se debería tener en consideración el testimonio y su credibilidad, sino también otros indicadores físicos, conductuales y emocionales del niño, así como indicadores ambientales relacionados principalmente con la familia (Pons-Salvador, Martínez, Pérez y Borrás, 2006). Dicho lo anterior, la pericial psicológica en estos contextos podría incorporar no solo un análisis de la credibilidad del testimonio, sino también, una valoración del estado psicológico del menor en la que las pruebas que se adaptan psicométricamente en población española en la presente investigación resultarían de gran utilidad.

4.3. El abordaje clínico-forense.

Una valoración clínica puede ser solicitada en un contexto forense, con la finalidad de valorar las consecuencias clínicas o psicopatológicas de un sujeto tras un delito. Si bien en la peritación ante casos de abuso sexual infantil la administración de justicia suele solicitar una prueba de credibilidad del testimonio infantil, no son pocas las ocasiones en las que tal solicitud se acompaña de una petición de la valoración de la afectación psicológica del menor como consecuencia de la situación victimizante. En dicho caso, como han indicado algunos autores, la evaluación clínica estándar no resultaría válida, puesto que no suele cumplir con el diagnóstico diferencial de la simulación (Rogers, 2008, en Fariña y Arce, 2014), cuestión imprescindible en la evaluación forense, ya que en el contexto médico-legal se ha de sospechar simulación (APA, 2014). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (APA, 2014), la simulación se caracteriza por la presencia de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados, motivada por incentivos externos, como pueden ser obtener una compensación económica o evadir responsabilidades criminales. El indicado manual también apunta que en algunas ocasiones la simulación puede constituir un comportamiento adaptativo. Se debe sospechar la simulación cuando se

observa alguna combinación de circunstancias tales como un contexto médico legal, una acusada discrepancia entre las quejas o discapacidad que refiere el individuo y los hallazgos y observaciones objetivos, falta de cooperación durante el proceso diagnóstico y para cumplir la pauta de tratamiento prescrito y/o la presencia de un trastorno de personalidad antisocial.

También, en el contexto judicial y en casos de abuso sexual infantil intrafamiliar en el que el progenitor o progenitora sea el acusado por la otra parte por supuestos abusos, a parte de la simulación, deberá valorarse también la existencia de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, recogidos en el DSM-5, como el de v61.29 (z62.898) “niño afectado por una relación parental conflictiva” (397).

Si además de lo indicado, consideramos que uno de los trastornos más propicios para el fingimiento o simulación es el trastorno por estrés postraumático (Delgado, Esbec y Rodríguez, 1994, en Echeburúa et al., 2011 y Echeburúa, Amor y Corral, 2003), siendo ésta clínica compatible con haber experimentado una situación de abuso sexual, el trabajo diagnóstico que debe efectuarse por parte del psicólogo se complica.

Dado lo indicado, y puesto que el contexto forense presenta sus propias particularidades, la comunidad científica ha defendido como prioritario en el campo de la Psicología Jurídica contar con modelos conceptuales distintos a los empleados en el contexto clínico, con una especificidad psicológica propia que los hagan de utilidad para los psicólogos que trabajan en los contextos judiciales. Por ello, se insta a una mayor adaptación de los conocimientos psicológicos en el contexto jurídico en el que en ocasiones entra en juego (Ávila, 1987, Ávila y Rodríguez-Sutil, 1998, Borum y Otto, 2000, Grisso y Vincent, 1995, Hernández y cols., 1991, Martínez, 1995, Torres, 2002, en Pérez, Sáiz y Sáiz, 2005).

4.4. Orientaciones y recomendaciones sobre la selección y uso de instrumentos de evaluación.

Inicialmente, la sintomatología postraumática en niños se vino evaluando a través de pruebas heteroaplicadas, administradas a los padres, cuidadores o tutores legales, así como a través de la observación clínica por parte del profesional en salud mental además de hacer uso de las correspondientes entrevistas clínicas. A partir de los años 80, momento en el que se incorpora en la 3ª edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III), criterios para el diagnóstico infantil de

los trastornos por estrés postraumático, es cuando se inicia el desarrollo de pruebas específicas para su diagnóstico. Hasta entonces, se habían llegado a administrar instrumentos para población adulta en población infantil. Con anterioridad a la década de los años '80, la evaluación de las respuestas psicopatológicas ante el trauma se basaba, fundamentalmente, en la valoración de casos clínicos (Nader, 1997, Perrin et al., 2000, en Nilsson, Wasdsby y Svedin, 2008).

Ante un intento por definir los tests psicométricos, la Comisión Internacional de Tests (ITC) ha indicado que (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2000):

“- Los tests incluyen un amplio abanico de procedimientos utilizados en la evaluación psicológica, educativa y ocupacional.

- Los tests incluyen procedimientos para la medición de conductas tanto normales como anormales o disfuncionales.

- Los tests son procedimientos diseñados para ser aplicados bajo condiciones controladas o estandarizadas, y conllevan la utilización de protocolos de puntuación rigurosos.

- Estos procedimientos proporcionan medidas de ejecuciones y conllevan la obtención de inferencias a partir de muestras de conducta. También pueden incluir procedimientos que proporcionan clasificaciones cualitativas u ordenamientos de las personas.

Cualquier procedimiento utilizado de la forma descrita arriba puede considerarse como un test, independientemente de su forma de aplicación, el tipo de profesional que lo haya construido, o si requiere contestar a ítems o ejecutar ciertas tareas u operaciones.

Los tests deben de estar apoyados por datos empíricos sobre su fiabilidad y validez para medir los objetivos que se proponen.”

Además, la Comisión Internacional de Tests ha publicado unas normas éticas para el uso de los tests tales como (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2000):

- Actuar de forma ética y profesional
- Asegurarse de que son competentes para el uso de los test
- Responsabilizarse del uso que hacen de los test
- Asegurarse de que los resultados de los tests se tratan confidencialmente.
- Estimar la utilidad potencial de los tests en una situación evaluativa.

- Elegir tests técnicamente correctos y adecuados a cada situación.
- Prestar atención a los aspectos relacionados con el sesgo de los tests.
- Hacer los preparativos necesarios para la aplicación del test.
- Aplicar los tests adecuadamente.
- Puntuar y analizar los resultados de los tests con precisión.
- Interpretar los resultados adecuadamente.
- Comunicar los resultados de forma clara y precisa.

Sin perjuicio de lo anteriormente indicado, en el caso de la intervención en la psicología aplicada en el contexto forense, la comunidad científica ha propuesto ciertas recomendaciones para el uso de las pruebas psicométricas en el ámbito indicado. Así, los tests psicológicos empleados con finalidades forenses deberán (Medoff, 2010, p.84):

- *“Estar comercializadas, disponiendo de documentación que informe sobre su estandarización y sobre sus propiedades psicométricas.*
- *Haber sido objeto de investigaciones que hayan demostrado unos niveles adecuados de fiabilidad y validez.*
- *Resultar relevantes para el constructo subyacente del asunto legal específico que pretende valorarse.*
- *Disponer de procedimientos estandarizados sobre su administración e interpretación de resultados.*
- *Ser objeto de estudios de revisión publicados.*
- *Disponer de medidas sobre el estilo de respuesta.”*

En el mismo orden de cosas, la “Specialty Guidelines for Forensic Psychology” (APA, 2012), indicó en su punto 10.02 que en la práctica forense, los instrumentos a emplear deberán disponer de una adecuada fiabilidad y validez en relación a la población con la que pretenda emplearse la prueba.

Con el desarrollo y proliferación de las pruebas psicométricas para la valoración de sintomatología postraumática en población infantil desde los años 80, la comunidad científica ha debatido ampliamente sobre las características que éstas deben disponer para que resulten herramientas óptimas.

Hamby y Finkelhor (2000), han señalado una serie de recomendaciones a considerar en el desarrollo de instrumentos orientados a la valoración de la victimización infantil. Los indicados autores ofrecen varias recomendaciones entre las que pueden destacarse, por el especial interés que tienen para la actual investigación, el incluir una valoración sobre la victimización no violenta (puesto que muchas situaciones de abuso se llevan a cabo sin el uso de la misma), ampliar la perspectiva de la evaluación a asuntos que sobrepasan las propias actividades o hechos criminales, evaluar la victimización llevada a cabo por parte de familiares (al existir una proporción importante en el abuso sexual de tipo intrafamiliar), hacer uso de preguntas específicas sobre comportamientos frente a preguntas generales (de utilidad para la asistencia al contexto judicial llevada a cabo por los profesionales de la psicología, con el fin de facilitar la concreción del tipo delictivo por parte del juzgador), emplear preguntas y lenguaje sencillo. También recomiendan poder recabar información de los progenitores cuando sea oportuno y considerar las variables de género, culturales y étnicas.

La literatura nos indica que conceptos como utilidad, adecuación y reactividad son conceptos útiles para identificar aquellas escalas más adecuadas para el diagnóstico o evaluación psicológica (Myers y Winter, 2002, en Nilsson, 2007). La utilidad se relaciona con la eficacia y rapidez en la aplicación de la prueba, así como con la cantidad de información clínica que pueda reportar al profesional; información fiable, válida y concisa sobre el funcionamiento psicológico de los menores víctimas. En cuanto a la adecuación, la prueba debe ser capaz de valorar las capacidades cognitivas y emocionales de menores que aún se encuentran en proceso de maduración y los comportamientos disruptivos o alteraciones presentan sus peculiaridades en comparación con la población adulta. En relación a la reactividad, la prueba no debería causar un mayor perjuicio al menor evaluado, provocando por ejemplo, una alteración emocional importante al aplicar la prueba o conductas regresivas que puedan llegar a invalidar las respuestas ofrecidas. En este sentido, se ha llegado a indicar que las pruebas psicométricas o escalas que valoren el trauma infantil deben evitar ser insensibles, intrusivas, demasiado largas o ser especialmente estresantes para el niño (Ohan et al., 2006, en Nilsson, 2007).

Otras investigaciones han apuntado cinco criterios a tener en cuenta al hacerse con una prueba útil para medir sintomatología postraumática (Balaban, 2006, en Nilsson, 2007). Debe ser una prueba corta, que tome menos de una hora en su

aplicación, estar estandarizada, que pueda ser administrada por profesionales no clínicos, poder ser usada en situaciones de emergencia o desastres o en estudios longitudinales y disponer de datos psicométricos publicados. Dicho autor, teniendo en consideración tales criterios, destaca dos escalas que cumplan con los criterios indicados: el “Trauma Symptom Checklist for Children” y la “Multi Dimensional Anxiety Scale for Children”.

También se ha indicado que para el contexto forense, los instrumentos que vayan a emplearse para valorar las consecuencias psicopatológicas derivadas de un evento traumático, aparte de que los resultados deban ser fiables y válidos para que puedan ser replicados por otro profesional, deben ser capaces de medir el estado clínico general del peritado y medir directa o indirectamente lo que se ha denominado como huella psíquica del delito, que habitualmente se relaciona con el TEPT, al ser el cuadro clínico que más claramente ha demostrado una relación de causalidad con el acontecimiento que provocó la aparición del cuadro clínico, identificándose como propio de un hecho delictivo (Blanchard y Hickling, 2004; Bryant y Harvey, 1995; Echeburúa y Corral, 1995; Taylor y Koch, 1995; Vallejo-Pareja, 1998, en Fariña, Vilariño y Arce, 2014) como, por ejemplo, las agresiones sexuales (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasúa, 1995, en Fariña, Vilariño y Arce, 2014). Sobre la necesidad de establecer una relación de causalidad, ésta ha sido puesta de manifiesta por jurisprudencia del Tribunal Supremo (STS de 1 de junio de 1962 – RJ 1962/2502).

Por otra parte, se ha señalado que las pruebas a aplicar no deben estar dirigidas exclusivamente a población psiquiátrica o clínica, puesto que en el contexto forense pueden atenderse a sujetos subclínicos o no clínicos. Finalmente, también se ha indicado que las pruebas deben contar con escalas de control de validez de respuestas (Seijo, Fariña y Vilariño, 2014). Son pocos los instrumentos psicométricos que cumplen tales criterios; entre ellos, el MMPI-2 (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2) y su versión posterior MMPI-RF, también su adaptación para adolescentes MMPI-A, el Cuestionario de 90 síntomas SCL-90 y el Inventario de Valoración de la Personalidad PAI. Como puede observarse, a excepción del MMPI-A, el resto de instrumentos se orientan a la población adulta. Las pruebas TSCC y TSCYC resultan de gran utilidad clínico-forense al cumplir con los criterios mencionados.

También se ha recomendado que en la valoración de menores víctimas de abuso sexual, las pruebas psicométricas a emplear no se centren únicamente en la exploración de la sintomatología relacionada con el Trastorno por Estrés Postraumático, sino que además exploren psicopatología comórbida con dicho trastorno y sintomatología relacionada (Habib y Labruna, 2011). Tal recomendación la recoge las pruebas TSCC y TSCYC al valorar también sintomatología disociativa, ira, ansiedad y depresión. Además, las indicadas pruebas psicométricas, objeto de la presente investigación, cumplirían con otra recomendación efectuada por la comunidad científica, al indicar algunas investigaciones (Kilpatrick et al., 2003) que resulta de gran valor clínico en la adolescencia abordar sintomatología como la ansiedad, depresión, consumo de sustancias y problemas de conducta.

Lo anteriormente indicado en relación a no resultar recomendable emplear pruebas que únicamente valoren sintomatología muy específica se confirma con investigaciones como la de Drach, Wientzen y Ricci (2001). En la indicada investigación se determinó que no existía una relación significativa entre haber sufrido abusos sexuales y presentar o no conductas sexualizadas en una muestra de 247 menores de entre 2 y 12 años de edad. En consecuencia, cabe pensar que no resultaría recomendable emplear únicamente pruebas que valoren este tipo de problemas de conducta como el “Child Sexual Behavior Inventory” (CSBI). En otra investigación, se determinó que no existían diferencias significativas en las conductas sexuales mostradas entre niños víctimas de abuso sexual y menores con diagnósticos psiquiátricos pero sin haber sufrido una situación de abuso sexual (Cohen y Mannarino, 1988, en Duffy, Keenan y Dillenburger, 2006)

Tal como han apuntado algunos autores (Wolpaw et al., 2005), aquellos instrumentos que basan su diagnóstico en sintomatología relacionada con la peor de las experiencias traumáticas experimentadas por los menores, parecen ofrecer unos niveles de prevalencia menores que aquellos que se basan en varios o en todos los eventos traumáticos experimentados por el menor.

4.5. Recomendaciones metodológicas para la evaluación psicológica de menores víctimas.

La comunidad científica ha recomendado el uso de una perspectiva multifuente (haciendo uso de varias fuentes de información) y multimétodo (empleando varias técnicas para la evaluación). Por ejemplo, Habib y Labruna (2011) han señalado que una valoración completa debe ser el resultado de la síntesis de la información que haya sido obtenida por múltiples fuentes, recabada mediante varios métodos (autoinformes, entrevistas, observación directa, revisión de informes escolares, médicos o de forenses), indicando también la especial utilidad en el caso de adolescentes que tienden a minimizar las conductas inadecuadas o de riesgo por el deseo de ofrecer una buena imagen (deseabilidad social). Dicha metodología conduce a la búsqueda de una mayor validez convergente de los resultados. Tales recomendaciones han sido ratificadas por entidades conocidas internacionalmente como la American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC, 2002) o la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 1988). También han suscrito dicha recomendación otros investigadores como Hawkins y Radcliffe (2006), King, Heyne, Tonge, Mullem, Myerson, Rollings y Ollendick (2003), Walrath, Ybarra, Holden, Liao, Santiago y Leaf (2003) o Winterstein, Stein, Knapp y Ryan (2001). Malhotra y Biswas (2006) en este sentido indican que información aportada por los progenitores resulta de utilidad como parte de la valoración. La perspectiva multifuente ha sido ampliamente recomendada (AACAP, 1988; APSAC, 1997; Kaufman, Jones, Stieglitz, Vitulano y Mannarino, 1994; Sternberg, Lamb y Dawud-Noursi, 1998; Stockhammer, Salzinger, Feldman, Mojica y Primavera, 2001, en Wise, 2006). Wise (2006) indica también que resulta importante llevar a cabo una evaluación psicológica comprehensiva que incorpore la exploración de múltiples áreas del funcionamiento del menor, se emplee múltiples informantes y utilice varias herramientas de medida.

Se ha señalado también por parte de otros investigadores que la evaluación conlleva la integración de información obtenida no solamente de los protocolos de las pruebas, sino también de las respuestas a la entrevista, la observación conductual, los reportes de información colateral y documentos históricos sobre el evaluado (Cohen y Swerdlik, 2001 y Weinwe, 2003, en Saborío, 2005).

En relación a la propuesta de Wise (2006), destacar los puntos más significativos a considerar en la valoración:

- Evaluar distintas áreas. Deberían valorarse los factores de riesgo y protección presentes en el menor y su familia: antecedentes de abuso sexual en la familia, antecedentes psicopatológicos, presencia de otras victimizaciones pasadas o actuales, consumo de drogas, habilidades de afrontamiento, reacción, adaptación y funcionamiento familiar tras el abuso, relaciones y vínculos familiares, pobreza o dificultades económicas, habilidades parentales, expectativas con respecto a los hechos y a la víctima, factores de riesgo a nivel comunitario, entre otros. También tendría que explorarse el funcionamiento global del niño y el modo en el que la sintomatología informada interfiere en las distintas áreas de funcionamiento del menor (familiar, escolar, social, etc.).
- Emplear múltiples fuentes de información. Algunas de las fuentes de información sugeridas son los padres, los servicios de protección de menores, los profesores y los informes y documentación generada. La autora indica que mientras los padres pueden ser más habilidosos para informar cuando el menor presenta limitaciones cognitivas o de lenguaje o no es lo suficientemente maduro para poder expresar algunos conceptos complejos o de alta abstracción, así como sobre la sintomatología externalizante, el menor puede informar mejor sobre su mundo interno y sintomatología internalizante. Los profesores disponen de un amplio rango de población infantil que les facilita calibrar el ajuste o desajuste de las conductas de un menor en relación al resto de menores de la misma edad; también pasan mucho tiempo junto a los menores, lo que les proporciona mucha información. También los profesores pueden facilitar información que no hayan proporcionado los progenitores en aquellas situaciones de abuso sexual intrafamiliar.
- Múltiples métodos. La autora sugiere recurrir a la observación directa, entrevistas, pruebas psicométricas y cuestionarios. La observación directa resulta una herramienta de gran valor al proporcionar información sobre la calidad y el tipo de relaciones y vínculos familiares, así como el tipo de interacciones que se producen; también facilita información sobre el estado físico, de higiene, vestido y salud general. En la entrevista, deberá recabarse información no solo sobre la sintomatología y estado emocional del menor antes y después del supuesto abuso, sino también sobre la historia personal, familiar, trayectoria victimizante, tipo, duración y frecuencia del abuso, severidad del mismo, si hubo uso de fuerza, violencia, coerción o amenazas, antecedentes y consecuencias del abuso sexual,

repercusión familiar del mismo, atribuciones relacionadas con el abuso, contexto, momento y motivaciones de la revelación de los hechos, etc. En relación al uso de herramientas psicométricas y cuestionarios, plantea aplicar pruebas tanto a los padres como a los menores. Entre las pruebas que destaca, se encuentran las dos pruebas objeto de la presente investigación: el TSCC y el TSCYC.

También investigadores de nuestro país han emitido recomendaciones en el mismo sentido como Echeburúa, Muñoz y Loinaz (2011) que recomiendan una combinación de entrevista y test psicométricos e indican además que en el ámbito forense, el informe pericial psicológico deberá integrar los datos que se hayan obtenido mediante distintos métodos y éstos, a su vez, haber sido contrastados por fuentes múltiples de información. Dichos investigadores señalaron también que puesto que los test psicométricos resultan vulnerables a la manipulación, pudiéndose dar una simulación o sobresimulación de síntomas, el uso de pruebas que cuenten con escalas para detectar tendencias de respuesta del sujeto que puedan comprometer la validez de la aplicación resultará prioritario ante otro tipo de pruebas que no incorporen este tipo de parámetros. Ante una perspectiva multifuente, los cuestionarios o pruebas psicométricas resultarán útiles para cuantificar la intensidad del trastorno (Echeburúa et al., 2003; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006, en Echeburúa et al., 2011). Echeburúa, Amor y Corral (2003) también han señalado la adecuación del uso de una metodología multifuente-multimétodo.

Con el uso de múltiples fuentes de información y la aplicación de formas paralelas de la misma prueba (ej. CBCL e YSR o TSCC y TSCYC) cabe esperar encontrarse con diferencias en la sintomatología informada, según se aplique una prueba autoadministrada o heteroaplicada, dado que, entre otras cuestiones, el propio menor (especialmente en edad adolescente) puede que sea capaz de informar de forma más concisa sobre sintomatología internalizante como la reexperimentación, evitación e hiperarousal (Nader, 2008, en Habib y Labruna, 2011), mientras que los progenitores (o gente de su entorno) resulte más competente para informar sobre sintomatología externalizante. Tal cuestión la suscriben otros autores (Cashel, 2003, en Wolpaw et al., 2005) que han indicado que la perspectiva de la víctima es importante, puesto que otros informantes pueden sobreinformar o fundamentalmente informar acerca de sintomatología externalizante, mientras que pueden pasar por alto sintomatología más encubierta o internalizante. Por otro lado también se ha indicado que la perspectiva

multifuentes o que considera varios informantes, es especialmente importante en el caso de las víctimas puesto que pueden negar o mostrarse evitativos ante la situación abusiva (Pollio, Gloven-Orr y Wherry, 2008 y Shapiro y Dominiak, 1990, en Wherry, Corson y Hunsaker, 2013), sentirse avergonzado al responder sobre el evento abusivo (Pollio, Gloven-Orr y Wherry, 2008 y Wyatt, Loeb, Solis y Carmona, 1999, en Wherry et al., 2013) o simplemente, los niños más pequeños, por su nivel madurativo y nivel de “insight”, de introyección o capacidades metacognitivas, pueden mostrar dificultades para informar acerca de sus propios estados emocionales. También las capacidades de lectoescritura en los niños más pequeños dificulta el hecho de poder aplicarles algunas pruebas como escalas, test psicométricos o cuestionarios, por lo que disponer de pruebas con versiones paralelas para poder aplicar a los progenitores de los niños más jóvenes es una de las posibles soluciones.

Así, en la evaluación de menores víctimas, disponer de varios informantes resulta útil puesto que también los niños pueden no informar sobre sintomatología que los padres pueden identificar como problemáticos (Newman, 2002, en Wolpaw et al., 2005).

4.6. Pruebas psicométricas para la evaluación del abuso sexual infantil.

Sicher et al. (2000) investigaron sobre la detección de abuso sexual en menores, concluyendo que ninguna medida o método de evaluación resulta infalible ante el diagnóstico de abuso sexual, así como tampoco detectaron una única constelación de problemas psicológicos como consecuencia de una situación de abuso sexual. Según Achenbach (1991a), el uso de la CBCL así como sus medidas paralelas (YSR y TRF) resultan útiles para valorar a los menores tras una situación abusiva. Es por ello que dicha prueba se incorporó en la presente investigación, aunque debe recordarse que se trata de una prueba de adaptación general que no mide de forma específica y en profundidad sintomatología postraumática (tal como ya indicaron otros autores como Briere et al. (2001)). En este sentido, por ejemplo, se puede destacar que la prueba original no cuenta con una escala o subescala para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático, aunque estudios posteriores (Wolfe et al., 1989) crearon una escala de estrés postraumático en base a 20 ítems de la CBCL; dichos ítems son el 3, 8, 9, 11, 29, 34, 45, 47, 50, 52, 56b, 56c, 56f, 56g, 69, 86, 87, 100, 103 y 111. Los autores

informaron de un valor alfa para la escala de estrés postraumático de .89. A pesar de los esfuerzos efectuados por los investigadores, esta escala ha resultado controvertida y de cuestionable utilidad, por lo que ha recibido un escaso apoyo empírico. Por ejemplo, destacar la investigación de Ruggiero y McLeer (2000) en la que no encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de la escala de Estrés Postraumático de la CBCL creada por Wolfe et al. (1989) entre una muestra de menores víctimas y no víctimas de abuso sexual.

Posteriormente, Wolfe y Birt (1997) realizaron una revisión de la propuesta de la escala de la CBCL para medir la sintomatología del Trastorno por Estrés Postraumático en base a criterios DSM-IV. La escala que propusieron se forma por los ítems: 9, 13, 14, 17, 47, 71, 112 (para la reexperimentación), 11, 29, 30, 31, 45, 50, 69, 111 (para valorar miedos y evitación), 3, 8, 10, 41, 56f., 86, 87 y 110 (para valorar el hiperarousal).

Ahora bien, las pruebas psicométricas no resultarían herramientas suficientes para una valoración sobre el estado psicológico del menor al no proporcionar un diagnóstico, sino impresiones diagnósticas, no resultar suficientemente sensibles a la detección de la simulación, ser compatible la simulación con otras hipótesis y el hecho de que responder a un cuestionario de síntomas o prueba psicométrica resulta ser una tarea que fácilmente puede conducir a la simulación (Arce, Vilariño, Novo, Fariña y Candela, 2014 y Seijo, Fariña y Vilariño, 2014).

A pesar de que algunas de las pruebas psicométricas tal como las que pasan a validarse en el presente estudio (el TSCC y el TSCYC) cuentan con escalas de validez, no sería suficiente para la valoración de la simulación que, tal como se ha indicado anteriormente, resulta de vital importancia en el contexto forense. Ello se debe a que el diagnóstico de simulación es compatible con la formulación de múltiples hipótesis alternativas (Graham, 1992; Roig-Fusté, 1993, en Arce y Fariña, 2005), las pruebas psicométricas no clasifican correctamente a todos los simuladores (Bagby, Buis y Nicholson, 1995, en Arce y Fariña, 2005) y no proporcionan diagnósticos sino impresiones diagnósticas. En tal tesitura se señala nuevamente la utilidad de adoptar una estrategia de evaluación multimétodo (Rogers, 1997, en Arce y Fariña, 2005).

La aplicación de pruebas psicométricas debería complementarse con las correspondientes entrevistas clínicas o clínico-forenses, entre otras herramientas. La

aplicación de las correspondientes pruebas psicométricas se ha recomendado que se efectúe después de las entrevistas, recomendándose que sean varias las pruebas psicométricas a aplicar (Lubit, Hartwell, Van Gorp, Eth, 2002); así, a la luz de las recomendaciones efectuadas por la comunidad científica, cabe plantearse que pudieran aplicarse algunas pruebas más específicas que otras y aplicadas a distintos sujetos como podrían ser la propia víctima, sus progenitores y/o los profesionales del menor si fuera posible. En cuanto a la batería de tests a emplear, Briere (2001) ha recomendado que para una evaluación adecuada se emplee, al menos: un test de adaptación y funcionamiento general como podría ser la CBCL, una prueba psicométrica que valore sintomatología específica relacionada con las consecuencias psicopatológicas derivadas de una situación traumática, recomendando la prueba TSCC, y si fuera necesario, alguna medida más específica sobre alguna sintomatología de relevancia observada en el menor, como puede ser el CSBI (para las conductas sexuales) o el CDI (para síntomas depresivos). Además, cabe destacar que tanto la CBCL como el TSCC disponen de versiones paralelas dirigidas a los padres que también podrían aplicarse, adoptando así una perspectiva multifuente.

4.7. La entrevista como herramienta de evaluación psicológica ante la sospecha de abusos sexuales.

A diferencia de los cuestionarios o pruebas psicométricas, las entrevistas clínicas, a pesar de ofrecer una información más detallada o con mayor riqueza clínica, presenta la limitación temporal, puesto que las entrevistas suelen tomar mucho más tiempo que la aplicación de los cuestionarios y escalas, y, por otro lado, requiere de mayor destreza, técnica y habilidades clínicas para llevarlas a cabo.

En relación a la técnica de entrevista, se han desarrollado varias tipologías de entrevista, desde las más estructuradas a las más libres y con finalidades distintas que van desde la valoración psicológica de la víctima, como es el caso de la entrevista Clínico-Forense (Arce y Fariña, 2003), hasta la toma del testimonio infantil para efectuar el correspondiente análisis de la credibilidad del testimonio, como el protocolo de investigación para víctimas de abuso sexual del NICHD (National Institute of Child Health and Human Development, 2000 y 2007). La investigación ha señalado que una entrevista de tipo semi-estructurada resulta el método más idóneo para la valoración de menores, al permitir mayor flexibilidad (Duffy, Keenan y Dillenburger, 2006).

La entrevista clínico-forense de Arce y Fariña (2003) cuenta con la siguiente estructura y objetivos: presentación de la entrevista del objetivo y procedimiento; pedir a los sujetos que relaten en un discurso libre los síntomas, conductas y pensamientos que tienen en el momento presente en comparación con el estado anterior del delito, reinstauración de contextos, recabar información sobre las relaciones familiares, relaciones sociales y laborales. Propone recurrir a una rejilla de síntomas o a listados de síntomas y ajustar los síntomas a trastornos. Los síntomas se detectarán mediante la expresión directa del sujeto e inferencias de los registros del profesional. Finalmente propone controlar la fiabilidad de los datos obtenidos a través del estudio y observación de las distintas estrategias de simulación, que son: la no cooperación con la evaluación, presencia de síntomas sutiles, síntomas improbables, obvios o raros, combinación de síntomas, severidad de síntomas, inconsistencia de síntomas (observados y manifestados) y agrupación indiscriminada de síntomas.

4.8. Revisión de instrumentos de evaluación.

A continuación se expone un cuadro-resumen en el que se pretende sintetizar aquellas pruebas más usadas en la investigación y/o el campo aplicado (diagnóstico y tratamiento clínico) con menores víctimas de abuso sexual infantil.

Tabla 10 – *Revisión de pruebas para la valoración psicológica y la victimización en casos de abuso sexual infantil (elaboración propia).*

Nombre		Autor/-es y año		Tipo de instrumento	Modo de aplicación	Descripción
Abuse Dimensions Inventory – ADI		Chaffin, Wherry, Newlin, Crutchfield y Dykman, 1997		Escala	Heteroaplicada por el clínico	Consta de 54 ítems a cumplimentar por el clínico tras una entrevista semiestructurada a los padres.
Adolescent Sexual Behavior Inventory – ASBI		Friedrich, Lyne, Sim y Shamos, 2004.		Inventario	Dispone de versión autoaplicada al niño y versión para padres.	Consta de 50 ítems de respuesta en escala tipo Likert de 3 puntos (0-2). Para menores a partir de 12 años.
Checklist of Sexual Abuse and Related Symptoms– C-SARS		Spaccarelli, 1995		Cuestionario	Autoaplicado	Formado por un total de 70 ítems. Para menores entre 11 y 18 años.
Child and Adolescent Trauma Survey – CATS		March, Amaya-Jackson, Murray y Schulte, 1997.		Cuestionario	Autoaplicado	Cuestionario de 12 ítems de respuesta de escala tipo Likert de 0 a 3 puntos.
Child PTSD Symptom Scale – CPSS		Foa et al., 2001		Cuestionario	Autoaplicado	Compuesta por 26 ítems. Dos preguntas abiertas, 17 ítems en escala tipo Likert (0-3) y 7 con respuesta dicotómica de tipo sí-no. Para menores de 8 a 18 años.
Child Sexual Behavior Inventory – CSBI		Friedrich et al., 1992, 1998		Cuestionario	Heteroaplicada a padres.	Consta de 38 ítems de escala Likert de 0 a 3 puntos. Orientado a padres con hijos de entre 2 y 12 años.

Child's Reaction to Traumatic Events Scale	Jones, 1994	Escala	Heteroaplicada por los padres.	Formada por 15 ítems de escala tipo Likert de 4 puntos. Para menores de entre 8 y 12 años.
Childhood PTSD Interview	Fletcher, 1996	Entrevista	Heteroaplicada por el psicólogo.	Entrevista con versiones paralelas: para padres y niños. Consta de 93 ítems de respuesta dicotómica sí-no. La versión para padres incorpora preguntas sobre comportamiento que no incluye la versión dirigida a niños.
Children's Impact of Event Scale - CIES	Dyregrov, Kuterovac y Barath, 1996	Cuestionario	Autoaplicada	Consta de 13 ítems de respuesta de escala tipo Likert de 4 puntos. Para menores a partir de 8 años. Existe una versión revisada de 8 ítems.
Children's Impact of Traumatic Events Scale Revised – CITES-R	Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas, y Wolfe, 1991	Entrevista	Heteroaplicada por el clínico	Para menores de 8 a 16 años. Consta de 78 ítems.
Children's PTSD Inventory	Saigh, 1989	Entrevista	Aplicada por el psicólogo.	Entrevista semiestructurada de 43 ítems dirigida a menores de entre 7 y 18 años.
Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents CAPS-CA.	Nader et al., 1996	Escala	Heteroaplicada por el clínico	Escala de 33 ítems tipo Likert para menores de entre 8 y 18 años.
Early Trauma Inventory	Bremner et al., 2000	Entrevista.	Heteroaplicado por el clínico.	Consta de 62 ítems. Existe una versión reducida de 27 ítems.

Nota: Tabla 10 (continuación).

Feelings and Emotions Experienced During Sexual Abuse - FEEDSA	Wolfe y Birt, 1993	Cuestionario	Autoaplicada	Consta de 54 ítems de respuesta en escala tipo Likert de 4 puntos (0-3). Para menores a partir de 7 años.
Juvenile Victimization Questionnaire - JVQ	Hamby, Finkelhor, Ormrod y Turner, 2006	Entrevista	Versión auto y heteroaplicada	Para menores a partir de 8 años de edad (en modo de entrevista clínica) y autoaplicada a niños a partir de 12 años. También puede aplicarse a los padres en formato de entrevista.
Los Angeles Symptom Checklist	King et al., 1995	Cuestionario	Autoaplicada	Se forma por 43 ítems con respuesta de escala tipo Likert de 5 puntos (0-4). Para adolescentes.
Negative Appraisals of Sexual Abuse Scales – NASAS	Spaccarelli, 1995.	Cuestionario	Autoaplicado	Cuestionario de 56 ítems de respuesta en escala tipo Likert de 4 puntos (1-4). Para niños a partir de 12 años.
Posttraumatic Stress Disorder Semi-Structured Interview	Scheeringa y Zeanah, 1994	Entrevista	Heteroaplicada por el clínico a los padres.	Consta de 29 ítems. Aplicada a padres de niños hasta 6 años.
Sexual Abuse Fear Evaluation – SAFE (subescala del Fear Survey Schedule for Children – Revised).	Wolfe y Wolfe, 1986	Cuestionario	Autoaplicada	27 ítems de respuesta en escala tipo Likert de 3 puntos. Para menores entre 7 y 16 años.

Nota: Tabla 10 (continuación).

Survey of Children's Exposure to Community Violence	Richters y Martínez, 1993	Cuestionario	Versión auto y heteroaplicada a padres.	Dirigida a menores de entre 6 y 10 años. 54 ítems de respuesta en escala tipo Likert de 9 puntos (1-9).
The Abusive Sexual Exposure Scale – ASES	Spaccerelli, 1993	Cuestionario	Autoaplicado	Cuestionario de 28 ítems dirigido a chicas de entre 11 y 18 años.
The Child PTSD Reaction Index	Nader, 1996	Entrevista.	Heteroaplicada por el clínico.	Para menores a partir de 6 años. Formado por 20 ítems.
The Child Trauma Questionnaire – CTQ	Bernstein et al., 1994.	Cuestionario	Autoaplicado	Con un total de 70 ítems en escala tipo Likert. Dirigido a menores a partir de 12 años.
The Traumatic Events Questionnaire - Adolescents-TEQ-A.	Lipschitz, Bernstein, Winegar y Southwick, 1999.	Cuestionario	Autoaplicado	46 ítems para menores de entre 11 y 18 años.
Trauma Symptom Checklist for Children – TSCC	Briere, 1996	Cuestionario	Autoaplicado	Consta de 54 ítems de respuesta en escala tipo Likert de 4 puntos (0-3). Orientada a menores de entre 8 y 16 años.
Trauma Symptom Checklist for Young Children – TSCYC	Briere, 2005	Cuestionario	Heteroaplicada por padres o tutores legales.	Consta de 90 ítems de respuesta en escala tipo Likert de 4 puntos (1-4). Orientada a padres con hijos de entre 3 y 12 años.

Nota: Tabla 10 (continuación)

Traumatic Events Screening Inventory – TESI	Ford y Rogers, 1997. Entrevista. Version revisada por Ippen et al., 2002	Entrevista.	Disponde de edición revisada con dos versiones: para los menores y para los padres.	Para niños y adolescentes de 6 a 18 años. Se compone de 15 ítems. La versión revisada la componen 24 ítems.
UCLA PTSD Index for DSM-5	Pynoos y Steinberg, 2013	Cuestionario	Disponibles versiones autoaplicada a niños y adolescentes y heteroaplicada a padres.	Compuesta por 31 ítems de escala tipo Likert de 0 a 4 puntos. Dirigida a menores a partir de 6 años.
When Bad Things Happen Scale - WBTH	Fletcher, 1992	Escala	Autoaplicada	90 ítems de respuesta tipo Likert de 3 puntos (1-3). Dirigida a niños de 7 a 14 años.

Nota: Tabla 10 (continuación).

4.9. Modelos integrados para la evaluación psicológica de la victimización sexual infantil.

Más allá de las entrevistas y pruebas psicométricas creadas con el fin de valorar psicológicamente a las víctimas, algunas investigaciones han propuesto modelos de evaluación integrando los objetivos clínicos y forenses.

En el panorama internacional cabe destacar dos modelos de evaluación ampliamente empleados en Estados Unidos: el “Forensic Evaluation Model”, desarrollado por el National Children’s Advocacy Center (NCAC) (Carnes, Wilson y Nelson-Gardell, 1999 y Carnes, Wilson, Nelson-Gardell y Orgassa, 2001) y el “Family Assessment Clinic” (FAC) de la Universidad de Michigan (Faller et al., 2010).

En el protocolo FAC, desarrollado por la Universidad de Michigan inicialmente se recaba información de los progenitores o cuidadores mediante una primera entrevista telefónica, se recoge información en base a la documentación e informes disponibles que obren en el expediente y posteriormente se pasan a llevar a cabo entrevistas personales con los familiares (no agresores) y con el menor (al menos 6 sesiones con éste). A lo largo del proceso de valoración se aplican distintas pruebas psicométricas, tanto a los padres como al menor, entre las que cabe destacar las que son el motivo de investigación: el TSCC y el TSCYC. También se aplica la prueba CBCL, empleada también en la investigación actual con el fin de determinar la validez de las pruebas objeto de estudio.

El modelo propuesto por el NCAC propone llevar a cabo una primera entrevista presencial con los progenitores (no agresores), llevar a cabo entre 2 y 5 sesiones de evaluación, según las características y necesidades del caso en concreto, en las que se harán uso de pruebas psicométricas como la CBCL, la TSCC o la TSCYC. Finalmente se efectúa una breve devolución a los progenitores o tutores del menor.

En ambos modelos americanos llevar múltiples exploraciones o entrevistas con el menor viene motivado por las habituales situaciones que se producen en el contexto de toma de declaración o exploración de menor, de quien no es extraño esperar que se retracte de sus propias declaraciones, se niegue a hablar de los hechos acontecidos o muestre resistencia o dificultad ante tal tarea. También viene justificado por el hecho de que ofrecer múltiples posibilidades al menor para ofrecer su testimonio de los hechos

facilita que éste aporte un relato libre más rico y extenso, dando múltiples posibilidades para llevar a cabo tareas mnémicas para la recuperación de la información.

Tishelman et al. (2010) han propuesto un modelo integrador clínico-forense. En base al modelo propuesto, en primer lugar se lleva a cabo una entrevista con los progenitores para exponer los objetivos y estructura del proceso de valoración. Posteriormente se llevan a cabo sesiones con el menor en las que se valora el estado psicológico general del menor a través de juego libre y entrevistas semiestructuradas. En tales sesiones se trabajan cuestiones como el establecimiento de rapport, una valoración sobre el desarrollo psicoevolutivo del menor, las fortalezas o recursos de los que dispone y las preocupaciones que tiene. También se valora la capacidad y habilidades para hablar de eventos del pasado. Las primeras sesiones no se centrarán en el supuesto evento abusivo.

En el indicado modelo integrado se plantea efectuar varias entrevistas con los progenitores, de forma concurrente a las sesiones con el menor, para valorar y contrastar la información y observaciones clínicas recabadas. Se plantea que, aunque inicialmente, pueda llevarse entrevistas con ambos padres de forma conjunta, también cabe la posibilidad de efectuar entrevistas a cada uno de los progenitores por separado.

Los objetivos a abordar en la entrevista con los progenitores son: recabar el funcionamiento familiar, las relaciones tras la revelación del abuso y las preocupaciones que ello ha suscitado, la cronología de los hechos, la historia de desarrollo del niño, información sobre el funcionamiento cognitivo, social y psicológico del menor antes y después de los supuestos abusos, cambios emocionales o de comportamiento observados en el menor, tipo y calidad de las relaciones entre los padres y el menor, historia de victimización a nivel familiar, antecedentes sobre el consumo de drogas u otros estupefacientes en la familia, factores de riesgo, antecedentes psiquiátricos y psicológicos en la familia. También se recabará información sobre la reacción, consecuencias y significado que ha tenido el abuso en el entorno familiar. Red de apoyo social y recursos de afrontamiento.

A lo largo de la valoración, el modelo propuesto plantea que resulta útil recabar información de otras fuentes como pueden ser los informes emitidos por otros profesionales. También recomienda el uso y aplicación de pruebas psicométricas a distintas fuentes (padres e hijos). Entre las pruebas que destaca se encuentran las dos

pruebas objeto de la presente investigación: el Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) y el Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC).

Según el modelo integrado también se plantea la posibilidad de entrevistar al acusado cuando sea posible, siempre tomando las medidas de seguridad y precauciones necesarias tanto para los trabajadores como para las familias y menores atendidos.

Además, el modelo integrado propuesto por Tishelman et al. (2010) advierte de la importancia de tener en consideración las variables culturales, puesto que para ciertas culturas las creencias, el significado y las preocupaciones que suscitan el abuso sexual resultan relevantes. Algunos de los temas más relevantes en este sentido pueden ser: los contactos homosexuales que puedan darse en una situación abusiva o la pérdida de la virginidad.

En nuestro país, recientemente se ha creado una metodología para la valoración forense del daño psicológico de las víctimas de delitos, conocida como “Sistema de Evaluación Global” (SEG) (Arce y Fariña, 2005). Dicho sistema consta de un total de 10 fases: 1) obtención de la declaración (la huella de memoria), 2) repetición de la obtención de la declaración, 3) contraste de las declaraciones hechas a lo largo del procedimiento judicial, 4) análisis del contenido de las declaraciones hechas a lo largo del procedimiento, 5) análisis del contenido de las declaraciones, 6) investigación de la fiabilidad de las medidas, 7) medida de las consecuencias clínicas del hecho traumático, 8) evaluación de la declaración de los actores implicados, 9) estudio de las características psicológicas de los actores implicados y 10) implicaciones para la presentación del informe.

Otra metodología planteada para la valoración ante sospechas de abuso sexual infantil ha sido la propuesta por Juárez (2002) conocida como Guía para la Evaluación del Abuso Sexual Infante-Juvenil. En base a la indicada guía, serían cinco las hipótesis a valorar ante una sospecha de abuso sexual a un menor: la competencia o incapacidad para atestiguar del menor, la conservación de un recuerdo original sobre el evento y nivel de sugestionabilidad que presenta el niño, la fidelidad, constancia y alteración esencial del relato entre las distintas declaraciones efectuadas, la credibilidad o incredibilidad narrativa de la declaración y la compatibilidad clínico-psicosocial y/o presencia de simulación de sintomatología.

Tanto en el caso de la propuesta de Arce y Fariña (2005) como la efectuada por Juárez (2002), en el primer caso en la fase denominada “medida de las consecuencias clínicas del hecho traumático” y en el segundo caso en la hipótesis sobre la “compatibilidad clínico-psicosocial y simulación”, las pruebas TSCC y TSCYC pueden contribuir a complementar la valoración psicológica en las indicadas fases de sendos procedimientos, considerando que si bien las pruebas indicadas no resultan específicas para la valoración de la simulación (que puede completarse mediante entrevistas tales como el NICHHD u otras de orientación más clínica), sí cuenta con escalas de validez de las respuestas, siendo la única prueba validada en España específica para la valoración de las consecuencias psicopatológicas en menores víctimas y que además cuente con las indicadas escalas de control. Además, puede considerarse, dentro de una estrategia de evaluación multifuente-multimétodo, que los resultados de las pruebas TSCC (aplicado al menor) y TSCYC (aplicado a los progenitores o tutores legales), serán un dato de gran utilidad, al poder contrastarlos con las observaciones clínicas que puedan haberse recogido a lo largo de la entrevista clínica o la entrevista investigativa para la toma de declaración del menor.

4.10. Consideraciones finales.

En otro orden, es importante destacarse la importancia de una valoración longitudinal en el caso de los menores víctimas de abuso sexual infantil, puesto que al encontrarse en pleno desarrollo psicoevolutivo, la sintomatología manifiesta o diagnosticada puede sufrir modificaciones significativas en el tiempo. Además, aquellos menores que no presenten sintomatología a corto plazo, podrían presentarla a medio o a largo plazo. En este sentido, la comunidad científica ha indicado que algunos menores pueden presentar un periodo latente, con sintomatología que pudiera estar incubándose, por lo que algunos niños pueden mostrarse asintomáticos inicialmente y presentar problemas graves tiempo después (Putnam, 2003). Los estudios longitudinales han indicado que entre el 10% y el 20% de dichos menores asintomáticos inicialmente, empeorarán en un periodo de un año (Finkelhor y Berliner, 1995; Gomes-Schwartz et al., 1990; Mannarino, Cohen, Smith y Moore-Motily, 1991, en Perdahl et al., 2010). Aquellos menores que se muestran asintomáticos posiblemente hayan

sufrido abusos sexuales de menor gravedad, no experimentaron el evento como traumático y lo olvidaron, son más resilientes o emplearon un estilo de afrontamiento de tipo evitativo (Finkelhor y Berliner, 1995 y McNally, Clancy, Barrett y Parker, 2004).

Por otro lado, hay que recordar que ante la progresiva influencia del proceso de globalización a nivel mundial, el incremento de movimientos migratorios etc., no deberían pasarse por alto en la valoración de los menores las variables culturales. En este sentido, no debe obviarse que cuestiones como el significado dado a la vivencia de victimización sexual o el grado de estigmatización que queda suponer una experiencia de dichas características resultará distinto en función del origen cultural del menor, cuestión de suma importancia y que deberá tenerse en consideración en la valoración. En relación a lo indicado, también tendrá que considerarse si aquellas herramientas que vayamos a utilizar sean óptimas, válidas, estandarizadas y adaptadas en cada caso en particular, puesto que cada menor presenta sus singularidades y no todos los menores que presenten la misma edad, mostrarán el mismo nivel de desarrollo madurativo o las mismas habilidades.

Otra cuestión a tener en consideración, dada la comorbilidad de las distintas situaciones victimizantes, y dado que ninguna constelación de síntomas, triada sintomatológica, cuadro psicopatológico o sintomatología resulta específica (a modo de exclusividad) con situación victimizante alguna, debe valorarse la posibilidad de aplicar pruebas que valoren la historia de victimización del menor. En la presente investigación se ha hecho uso de la prueba *Juvenile Victimization Questionnaire – JVQ* (Hamby, Finkelhor, Ormrod y Turner, 2006). Así lo han recomendado algunos investigadores (Habib y Labruna, 2011) que han indicado que debe incorporarse en la evaluación una exploración detallada sobre la historia de posibles experiencias traumáticas, desde la exposición directa de victimización hasta las experiencias traumáticas menos habituales y victimización indirecta. Una prueba diseñada para la valoración de la historia de victimización ofrece la posibilidad al menor de informar sobre una exhausta historia de victimización, incluso de aquellos eventos que obviaría informar abiertamente al no considerarlos traumáticos si no se lo indica el profesional (o el cuestionario) o los olvidó, ya sea por el hecho de considerar traumáticos otros eventos más graves de su vida o por haberlos olvidado. La exploración de eventos traumáticos deberá facilitar la valoración sobre las consecuencias psicopatológicas derivadas de tales experiencias traumáticas, poniéndolas en relación.

Además, el uso de herramientas que permitan valorar la historia de victimización del menor resultara útil para el diagnóstico diferencial, por ejemplo del TEPT en el que se han llegado a distinguir entre el “Tipo I” y el “Tipo II”. Según algunos autores (Terr, 1991, en Babikert y Lambert, 1998) han indicado que el tipo I resultaría de una situación traumática única, inesperada y repentina; en cambio, el tipo II sería fruto de situaciones traumáticas repetidas y prolongadas en el tiempo. Además, para la evaluación en población infantil de la desregulación emocional propia del TEPT (especialmente el Tipo II) y del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo, algunos autores (Wolpaw et al., 2005) han recomendado hacer uso de pruebas como el Trauma Symptom Checklist y el Trauma Symptom Checklist for Young Children.

4.11. Precauciones y contraindicaciones.

Algunas de las contraindicaciones y/o precauciones que la comunidad científica ha señalado en la valoración psicológica de menores víctimas de abuso sexual infantil.

La valoración de un menor víctima de abuso sexual resultaría contraindicada cuando éste se encuentra en una crisis emocional en estado agudo o no suficientemente estable como para someterse en un proceso de intervención psicológica orientada al psicodiagnóstico o de evaluación psicológica en el que posiblemente vaya a recordar o a hablar sobre los hechos acontecidos. Tampoco sería recomendable si el menor no cuenta con un mínimo apoyo emocional en su entorno social o familiar que garantice que el niño vaya a estar atendido, seguro y en el que se le ofrezcan los cuidados necesarios o si no cuenta con un contexto que proporcione estabilidad. Deberían tomarse las precauciones oportunas en casos de menores actuadores en los que el proceso de valoración les pueda llevar a acciones actuadoras que pongan en riesgo su salud o su seguridad (Tishelman, Meyer, Haney y McLeod, 2010).

Las pruebas proyectivas como el Test de Apercepción Temática (TAT), el Test de Apercepción para Niños de Roberts (RATC), la de frases incompletas, el dibujo de la persona o el dibujo de la familia kinética han estado sujetas a múltiples críticas, considerándose inaceptables para el uso forense (Bow et al., 2006; Flens y Drozd, 2005; Gould, 2005; Heilbrun, 1992; Khan y Taft, 1983; Lally, 2001; Martindale y Flens, 2009; Medoff, 2003, 2009 y Otto et al., 2000, en Medoff, 2010). En cambio, el Rorschach en el sistema desarrollado por Exner, sí ha parecido ser útil para la

valoración psicológica con menores víctimas de abuso sexual (Scortegagna y Villemor-Amaral, 2012) y en el ámbito forense, en general, debido a sus cualidades psicométricas (Gacono, Evans y Viglione, 2002; Jumes, Oropeza, Gray y Gacono, 2002; McCann, 1998; Meyer, 2000; Weiner, 1996, en Saborio, 2005).

El uso de dibujos, como herramienta a emplear con el fin de observar indicadores que orienten al diagnóstico, resultaría contraindicado puesto que algunas investigaciones informaron que no se observaban diferencias significativas entre los dibujos de menores víctimas de abuso y los no abusados, concluyendo que los dibujos de genitales no resultarían concluyentes para el diagnóstico del abuso sexual infantil (Hibbard y Hartman, 1990, en Duffy, Keeman y Dillenburger, 2006).

No obstante y sin perjuicio de lo anteriormente indicado, cabe destacar que otras investigaciones sí recomiendan hacer uso de los dibujos en el proceso de exploración (toma de declaración), dado que aquellos menores que dibujan a lo largo de la exploración facilitó aportar el testimonio de menores víctimas de abuso de entre 3 y 6 años (Butler, Gross y Hayne, 1995, en Duffy, Keeman y Dillenburger, 2006). En niños entre 3 y 9 años a quienes se les dio la posibilidad de dibujar durante la exploración ofrecieron el doble de información en sus declaraciones (Gross y Hayne, 1998, 1999, en Duffy, Keeman y Dillenburger, 2006).

Sobre el uso de muñecos anatómicos, éste ha suscitado mucha controversia en las investigaciones efectuadas. A pesar de ello, gran parte de la comunidad científica parece estar de acuerdo con que no resulta una herramienta concluyente mediante la que se pueda diagnosticar con certeza razonable que un menor haya sido víctima de abusos sexuales (Malhotra y Biswas, 2006).

CAPITULO V – EL TRAUMA SYMPTOM CHECKLIST FOR CHILDREN (TSCC) Y EL TRAUMA SYMPTOM CHECKLIST FOR YOUNG CHILDREN (TSCYC)

5.1. Introducción

El Trauma Symptom Checklist for Children (Briere, 1996) y el Trauma Symptom Checklist for Young Children (Briere, 2005), en adelante TSCC y TSCYC respectivamente, son dos formas paralelas de una misma prueba psicométrica que tiene por objetivo medir la sintomatología postraumática en menores. Ambas pruebas disponen de una escala sobre preocupaciones sexuales que hacen del TSCC y el TSCYC una prueba específica para valorar las posibles repercusiones psicopatológicas en menores víctimas de delitos sexuales. En el caso del TSCC se trata de una prueba autoadministrada por el niño, de entre 8 y 16 años, y en TSCYC es una prueba heteroaplicada a los padres y/o madres o tutores con menores a cargo de entre 3 y 12 años.

Resulta importante destacar las escalas de validez que ambas pruebas disponen, siendo las únicas pruebas psicométricas para la valoración específica de sintomatología traumática que dispone de este tipo de escalas (Briere 1996). En el caso de la TSCC, las escalas “Underresponse (UND)” e “Hyperresponse (HYP)” y en la TSCYC, las escalas “Response Level (RL)” y “Atypical Response (ATR)”. Dichas escalas son de sumo interés para todas aquellas valoraciones llevadas a cabo en el contexto forense en el que es imprescindible, a nivel clínico, valorar cuestiones tales como la simulación, sobresimulación o la disimulación o minimización de síntomas.

Tanto en el TSCC como en el TSCYC se recogen otras escalas clínicas que no formarían parte de una sintomatología postraumática como tal, aunque se consideran relevantes al explorar sintomatología comórbida al TEPT. Así, por ejemplo, la disociación, aunque formalmente no es un criterio diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático, se suele presentar junto a éste especialmente cuando se ha estado sometido a una situación traumática de forma prolongada como el abuso sexual o los malos tratos físicos.

Las escalas que conforman la versión original del TSCC son: ANX (ansiedad), DEP (depresión), ANG (ira), PTS (Estrés Postraumático), DIS (Disociación) y SC (Preocupaciones Sexuales). Las escalas de disociación y preocupaciones sexuales disponen de dos subescalas. En el caso de la disociación, DIS-O (Disociation-Overt; Disociación-Manifiesta) y DIS-F (Dissociation – Fantasy; Fantasía Disociativa). En el caso de la escala de preocupaciones sexuales cuenta con las subescalas SC-P (Preocupaciones Sexuales - Preocupaciones) y SC-D (Preocupaciones Sexuales – Distress). La prueba dispone de dos escalas de validez: UND (Infrarespuesta) y HYP (Hiperrrespuesta). Por último también informa sobre un total de 8 ítems críticos que, en caso de tener respuesta positiva, conviene un mayor seguimiento, atención y análisis clínico exhaustivo por parte del clínico dada la naturaleza de la sintomatología que abordan (querer agredirse a sí mismo o a otros, ideas de suicidio o tener el presentimiento de que alguien va a matarle).

Por su parte, el TSCYC dispone de las siguientes escalas: ANX (Ansiedad), DEP (Depresión), ANG (Agresividad/Ira), PTS-I (Estrés Postraumático – Intrusión), PTS-AV (Estrés Postraumático-Evitación), PTS-AR (Estrés Postraumático-Arousal), PTS-TOT (Estrés Postraumático – Total), DIS (Disociación) y SC (Preocupaciones Sexuales). Dispone también de dos escalas de validez: RL (Nivel de Respuesta) y ATR (Respuestas Atípicas).

La prueba TSCYC pregunta también por la cantidad de horas que el sujeto que cumplimenta la prueba pasa junto al menor, con el fin de explorar el grado de conocimiento que el adulto pueda tener sobre el niño.

5.2. Una revisión de estudios sobre las pruebas TSCC y TSCYC

A continuación pasan a exponerse algunas de las investigaciones más afines a la presente, tanto con el TSCC como con el TSCYC. Se expondrán inicialmente la utilidad clínica que algunos autores han sugerido para ambas pruebas y, posteriormente, las adaptaciones psicométricas efectuadas en otros países.

5.2.1. Utilidad clínico-forense del TSCC

El Trauma Symptom Checklist for Children ha sido ampliamente usado por profesionales de la salud mental dado que se trata de una medida eficiente y estandarizada para valorar tanto la sintomatología postraumática como la sintomatología asociada a ésta (Wolpaw et al., 2005). Ha sido reconocida como una prueba de utilidad clínica por los Miembros de la Sociedad Internacional para el estudio del Estrés Postraumático al indicar que ha una de las escalas autoadministrada más ampliamente utilizada para medir sintomatología postraumática en niños y adolescentes (Balabam, 2006, en Chung, 2014). También ha demostrado ser eficaz por la sencillez y rapidez en su aplicación (Nader, 1997, en Chung, 2014).

Tal como indica el propio autor en el manual para profesionales que acompaña la prueba TSCC (Briere, 1996), son pocas las escalas o pruebas psicométricas disponibles para valorar de forma amplia la sintomatología postraumática en niños y adolescentes, a pesar de que sí se dispone de escalas específicas tales como el Child Sexual Behavior Inventory – CSBI (Friedrich et al., 1992), Children’s PTSD Inventory, Saigh, 1989, Child Post-Traumatic Stress Reaction Index –RI (Pynoos et al., 1993), Child Dissociative Checklist – CDC (Putnam, Helmers y Trickett, 1993), Children’s Attributions and Perceptions Scale – CAPS (Mannarino, Cohen y Berman, 1994), Children’s Impact of Traumatic Events Scale-Revised, CITES-R (Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas y Wolfe, 1991) o el Sexual Abuse Fear Evaluation – SAFE (Wolfe y Wolfe, 1986).

En este contexto, el TSCC se elaboró con la finalidad de disponer de una prueba útil para una valoración específica pero extensa de la sintomatología postraumática en niños y adolescentes. En este sentido, son escasas las pruebas que de forma específica valoren sintomatología postraumática en población infantil y, prácticamente nulas si nos centramos en aquellas que puedan estar adaptadas en población española. En este contexto nos encontramos con pruebas o instrumentos genéricos que incorporan alguna escala o subescala relacionada con el estrés postraumático, dentro de pruebas que valoran un amplio espectro de síntomas en la infancia, o bien con instrumentos que valoran sintomatología que no se tratan de síntomas postraumáticos como tal pero que están relacionados con ellos, pueden reflejar síntomas postraumáticos o suelen

presentarse de forma comórbida al Trastorno por Estrés Postraumático (por ejemplo, aquellas pruebas que valoran síntomas depresivos, ansiedad o disociación).

Tanto el TSCC como el TSCYC presentan escalas específicas relacionadas con las consecuencias psicopatológicas del abuso o maltrato (preocupaciones sexuales, estrés postraumático) como escalas más genéricas (como ira, ansiedad o depresión).

Dado que las pruebas TSCC y TSCYC no evalúa eventos traumáticos específicos, se ha llegado a recomendar su uso junto con alguna prueba que valore la historia de victimización del niño (Wolpaw et al., 2005). En este sentido, en la presente investigación, se ha hecho uso del cuestionario Juvenile Victimization Questionnaire – JVQ (Hamby, Finkelhor, Ormrod y Turner, 2006).

Tal como indican algunos autores (Wolpaw et al., 2005), en contextos judiciales la evaluaciones psicológicas deben realizarse en un reducido espacio de tiempo y deben valorar un amplio rango de cuestiones psicosociales. Dicho hándicap pretender ser cubierto por ambas formas paralelas del TSCC y del TSCYC que con poco tiempo es capaz de ofrecer una extensa panorámica sobre el estado emocional de los menores.

Por otra parte, el TSCC ha sido usado cada vez más en contextos forenses, dado que la investigación sugiere que la sintomatología postraumática resulta clave en dichos contextos (Newman, 2002, en Wolpaw et al., 2005). En este sentido, resulta útil para la valoración psicológica de las víctimas, con el fin de determinar los daños o secuelas psicológicas que puedan presentar como consecuencia a unos hechos determinados.

La investigación empírica ha demostrado que las escalas y subescalas del TSCC de Estrés Postraumático, Disociación, Ansiedad, Depresión y Preocupaciones Sexuales son consistentes con otras medidas similares (Crouch, Smith, Ezzell y Saunders, 1999; Friedrich, Jaworski, Huxsahl y Bengtson, 1997; Sadowsi y Friedrich, 2000, en Wolpaw, 2005). Se ha demostrado que aquellos jóvenes con diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático obtienen mayores puntuaciones en el TSCC (Mertin y Mohr, 2002, en Wolpaw, 2005), así como en el caso de aquellos que han sufrido situaciones victimizantes frente a los que no las sufrieron (Hasting y Kelley, 1997; Johnson et al., 2002; Singer et al., 1995; Wolfe, Scott, Wekerle y Pittman, 2001, en Wolpaw, 2005). El TSCC también ha resultado útil como medida para la valorar la efectividad de intervenciones psicoterapéutica (Cohen y Mannarino, 2000; Greenwald, 2002, en

Wolpaw, 2005; Elhai, Gray, Kashdan y Franklin, 2005; Nola et al., 2002, en Chung, 2014; Lanktree y Briere, 1995). Dicho cuestionario ha sido de utilidad también en contextos forenses (Elliott y Briere, 1994). Las escalas de estrés Postraumático-Arousal, la escala de Estrés Postraumático-Total y la de Preocupaciones Sexuales han demostrado tener un poder predictivo positivo del 75,56% para los casos de menores víctimas de abuso sexual y un valor predictivo negativo del 86,67% para los menores no abusados (Pollio, Glover-Orr y Wherry, 2008).

Las pruebas TSCC y TSCYC podrían resultar también útiles en los contextos de protección de menores (valoración de situaciones de riesgo psicosocial, desprotección, acogimiento, adopción, etc.), al estar parte de este colectivo de menores expuestos a situaciones de victimización por violencia familiar, maltrato (emocional, psicológico, etc.), abandono, negligencia, etc. que hayan podido derivar en consecuencias psicopatológicas para estos menores.

El cuestionario TSCC ha sido de utilidad en menores víctimas de delitos violentos. Así, por ejemplo en un estudio (McCart et al., 2005) se probó su utilidad clínica en un grupo de menores de entre 9 y 18 años (n=120) atendidos, con heridas graves, en el Hospital Infantil de Wisconsin por asaltos sin arma o con arma (ej.: pistola, cuchillo u otras armas). En dicho estudio se estudió la fiabilidad de la prueba mediante el cálculo del alfa de Cronbach para la consistencia interna, alcanzando valores alfa de entre .69 y .90 para las escalas clínicas y de .76 y .84 para las escalas de validez. Los chicos de la muestra más mayores (13-18 años), en comparación con los datos normativos de la prueba, puntuaron más en la escala de validez “UND” (Infrarespuesta) y significativamente menos en las escalas de Depresión, Ira y Disociación. Los chicos más jóvenes (9-12 años) obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en la escala de validez “UND” (Infrarespuesta) en comparación con el grupo normativo de la prueba original y mayores puntuaciones en la escala de validez de “HYP” (Hiperrespuesta) en comparación con los chicos más mayores de la muestra objeto de estudio. En cuanto a las chicas, no se detectaron diferencias significativas por edad. En cuanto a las diferencias por sexos, los chicos de la muestra presentaron puntuaciones significativamente mayores que las chicas en la escala de validez “UND” (Infrarespuesta).

En relación a las escalas clínicas, las chicas obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas que los chicos en todas las escalas a excepción de la de “Sexual Concerns” (Preocupaciones Sexuales). En cuanto a las diferencias por edad, los más jóvenes (9-12 años) presentaron puntuaciones significativamente más elevadas en las escalas de Ansiedad, Depresión y Disociación.

5.2.2. Utilidad científica del TSCC

El TSCC ha sido usado en investigaciones para estudiar la relación entre la exposición a la violencia y el trauma emocional como precursor del comportamiento violento en adolescentes (Flannery, Singer y Webster, 2001; Song, Singer y Anglin, 1998, en Wolpaw et al., 2005).

En otra investigación se empleó el TSCC junto con otras medidas de disociación (Friedrich et al., 2001) a un grupo de chicos condenados por delitos de agresión sexual y a una muestra de pacientes psiquiátricos. Los resultados indicaron que las puntuaciones obtenidas en el TSCC no tuvieron relación con las puntuaciones obtenidas en el resto de medidas sobre disociación aplicadas al grupo de agresores sexuales, aunque sí se obtuvieron correlaciones significativas en las puntuaciones obtenidas en las distintas pruebas aplicadas en la muestra de población psiquiátrica que sufrieron maltrato emocional, violencia doméstica y abuso sexual. La disociación se relacionó especialmente con las situaciones de abuso sexual, maltrato emocional y violencia doméstica.

Además, la prueba ha sido empleada como instrumento de medida en múltiples estudios. Entre ellos cabe destacar el efectuado por Turner, Finkelhor y Ormrod (2010) en el que entre las herramientas de medida empleadas se destacan el TSCC, el TSCYC y el JVQ.

5.2.3. Una revisión sobre los estudios de adaptación psicométrica del TSCC

El TSCC ha sido adaptado a poblaciones de varios países. A continuación se exponen los resultados de las adaptaciones localizadas tras la revisión de publicaciones efectuada para la presente investigación.

La adaptación psicométrica efectuada con población coreana (Chung, 2014) con un grupo control de $n=405$ y un grupo de menores víctimas de abuso sexual de $n=73$ (aunque, tal y como indican los investigadores, algunos de ellos fueron víctimas de malos tratos físicos), y en relación a la fiabilidad de la prueba, cabe indicar que obtuvo un valor alfa de Cronbach para la consistencia interna en el total de la escala de .98 para el grupo clínico y .95 para el grupo normativo. Para las escalas clínicas, en el grupo clínico, el alfa obtenido fue de entre .92 (en la escala de ansiedad) y .90 (en la escala de depresión), mientras que para el grupo normativo se obtuvieron valores de entre .85 (en la escala de ira) y .79 (en la escala de preocupaciones sexuales). Los valores alfa más bajos fueron de .51 (en la subescala fantasía disociativa para el grupo normativo) y de .66 (en la subescala de preocupaciones sexuales – distress para el grupo normativo).

En el indicado estudio también se calculó la fiabilidad test-retest, en base a un plazo de 4 semanas de diferencia entre las dos aplicaciones, obteniéndose correlaciones de .70 y .71 en las escalas de validez y de entre .89 y .71 para las escalas clínicas.

En relación a la validez, el análisis factorial exploratorio ofreció una solución de 9 factores que explicaron el 55.1% de la varianza, mientras que el análisis factorial confirmatorio ofreció una solución de 6 factores, similar a la de la versión original de la prueba, que explicó el 51,1% de la varianza.

Las correlaciones obtenidas entre el total de la escala y las escalas clínicas presentaron valores de entre .71 (preocupaciones sexuales) y .90 (depresión).

La validez concurrente, calculada en base a los cuestionarios de depresión y ansiedad CDI y STAI-C, ofreció coeficientes de correlación con respecto a las escalas de depresión y ansiedad del TSCC de .55 y .74 respectivamente.

Tras un análisis ANOVA, no se detectaron diferencias significativas entre niños y niñas en el grupo normativo en ninguna de las escalas clínicas. Respecto al sexo y la edad (por un lado los menores de entre 8 y 12 y por otro los de entre 13 y 16), los chicos más mayores (a diferencia de las chicas) ofrecieron mayores puntuaciones en las escalas SC-P (Sexual Concerns – Preoccupation) y en la escala de validez Underresponse. Los chicos mayores, en comparación con los pequeños, obtuvieron mayores puntuaciones en la escala de preocupaciones sexuales y disociación. Las chicas mayores, en

comparación con las más jóvenes, puntuaron más en las escalas de ansiedad, depresión, ira y disociación.

Finalmente, se obtuvieron diferencias significativas en todas las escalas entre el grupo clínico y el grupo normativo.

En un estudio efectuado con población china (Li et al., 2009), con una muestra de 296 menores huérfanos de padre y madre por infección de VIH, 458 menores huérfanos de uno de los progenitores por VIH y 466 menores que conviven con padres portadores de VIH, la consistencia interna de las escalas del TSCC mediante los correspondientes cálculos del coeficiente de alfa de Cronbach fueron de entre .64 y .83. Los valores alfa más elevados fueron los obtenidos en las escalas clínicas de Preocupaciones sexuales (.84) Ira (.83), Disociación (.82), Depresión (.81) y estrés postraumático (.81). Las escalas que presentaron una menor consistencia interna fueron las de fantasía disociativa – DIS-F (.64) y la de distress por preocupaciones sexuales – SC-D (.69). En el indicado estudio también se calculó la consistencia interna por grupos (menores huérfanos de padre y madre, menores huérfanos de padre o madre y menores en situación de riesgo o vulnerables por convivir con padres infectados por VIH).

En el indicado estudio, se aplicaron otras escalas, a parte del TSCC, con el fin de determinar la validez convergente y discriminante. Las pruebas aplicadas fueron la “Child Rating Scale - CRS” (Hightower, 1987), “Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children – CES-DC” (Fendrich, Wisman y Warner, 1990), “Children’s Loneliness Scale – CLS” (Asher, Hymel y Renshaw, 1984), “Self-Esteem Scale” (Rosenberg, 1965), una versión modificada del “Children Future Expectation Scale (Future)” (Bryan, Rocheleau, Robbins y Hutchison, 2005), las escalas “Hopefulness about Future (Hope)” y la “Perceived Control over Future (control)” (Whitaker, Miller y Clark, 2000), así como una versión modificada de la “Life Incidence of Traumatic Events-Student Form – LITE-S (Greenwald y Rubin, 1999). Se obtuvieron correlaciones significativas que apoyan tanto la validez convergente como la validez discriminante.

En relación a la validez de constructo, las chicas obtuvieron mayores puntuaciones en la escala de ansiedad (ANX) del TSCC que los chicos, mientras que éstos obtuvieron mayores puntuaciones en la subescala sobre preocupaciones relacionadas con cuestiones sexuales (Sexual Concerns – Preoccupation). En relación a la edad, los más jóvenes (8-12 años) ofrecieron mayores puntuaciones en las escalas de ira, fantasía disociativa (DIS-F) y las tres escalas de preocupaciones sexuales (Sexual Concerns, Sexual Concens-Preoccupation y Sexual Concerns-Distress), mientras que los más mayores (13-16 años) puntuaron más en la subescala disociativa de Disociación Manifiesta (Disociation-Overt). Los resultados también indicaron que los menores que habían sido víctimas de 5 o más situaciones traumáticas, presentaron mayores puntuaciones en todas las escalas del TSCC en comparación con los que habían experimentado menos situaciones victimizantes. Además, los niños con 5 o más situaciones victimizantes puntuaron más en la escala de preocupaciones sexuales.

En el estudio llevado a cabo por Mohammadkhani et al. (2005) en Teherán (Irán) con una muestra compuesta por un grupo control de $n=3042$ y un grupo clínico de $n=141$ (menores que habían presentado fugas del domicilio), se llevó a cabo la adaptación psicométrica del TSCC-A, una versión reducida del TSCC que excluye todos los ítems correspondientes a la escala de Preocupaciones Sexuales.

Los valores alfa de Cronbach para la consistencia interna de la prueba alcanzados en las escalas clínicas fueron de .53 hasta .83. Las escalas con un mayor coeficiente alfa fueron las de Depresión (.83), Ira (.80), Ansiedad (.79) y Disociación (.79). La escala con un menor alfa de Cronbach fue la subescala de fantasía disociativa (DIS-F), que alcanzó un valor de .53. Las escalas de validez UND e HYP, obtuvieron alfas de .71 y .58 respectivamente.

En cuanto a la fiabilidad test-retest para un plazo de dos semanas, calculada en base a una muestra de 70 sujetos, indicar que se obtuvieron correlaciones satisfactorias en todas las escalas, obteniéndose correlaciones de entre .53 y .88. Las mayores correlaciones fueron las obtenidas por las escalas de depresión y estrés postraumático (.88 y .86 respectivamente), mientras que los valores más bajos los alcanzaron las escalas de validez UND e HYP (.69 y .53 respectivamente) y la subescala clínica sobre fantasía disociativa (.69).

En cuanto a la validez, el estudio de las intercorrelaciones entre escalas informó sobre correlaciones de entre .51 (entre las escalas de Fantasía Disociativa y Ansiedad) y .93 (entre las escalas de Disociación y Disociación Manifiesta). La escala de validez de Infrarrespuesta (UND), presentó correlaciones negativas con todas las escalas clínicas. La escala de validez de sobrerespuesta (HYP) presentó una mayor correlación con la escala clínica Ansiedad (.64) y cierta correlación con la escala de Fantasía Disociativa (.37).

Por otro lado, en relación a la validez, el cálculo de la *t* de Student indicó diferencias estadísticamente significativas entre el grupo clínico y el grupo control, obteniendo el grupo clínico mayores puntuaciones en todas las escalas del TSCC a excepción de la escala de validez Infrarrespuesta (Underresponse –UND), en la que los menores del grupo clínico ofrecieron menores puntuaciones.

En relación a la validez concurrente, se obtuvieron correlaciones significativas entre las escalas clínicas del TSCC y la escala Child Abuse Self-Report Scale – CASRS (Mohammadkhani, 2003), en un rango de entre .14 y .68, y en relación a la validez discriminante, se obtuvieron correlaciones negativas entre las escalas clínicas del TSCC y el Inventario de Autoestima (Coopersmith, 1967), en un rango de entre -.40 y -.64.

Los resultados de la investigación en relación a la validez de criterio, indicaron que los menores víctimas de abuso presentaron puntuaciones más elevadas en las escalas de depresión, ansiedad e ira, así como en la subescala de disociación manifiesta (DIS-O), en comparación con el grupo de menores no abusados.

En otra investigación, en este caso con población europea, en Suecia (Nilsson, Wadsby y Svedin, 2008), se llevó a cabo una adaptación psicométrica del TSCC con un grupo control de $n=728$ y un grupo clínico (menores víctimas de abuso sexual) de $n=91$. Los resultados, tras el cálculo del alfa de Cronbach, informaron sobre una fiabilidad, en relación a la consistencia interna de la prueba para el total de la escala de .94, tanto para el grupo control como para el grupo clínico. Los valores alfa para el grupo control en las escalas clínicas fueron de entre .78 para la escala de ansiedad y .85 para la escala de depresión. En el caso del grupo clínico, los valores alfa obtenidos en las escalas clínicas se encontraron en un rango de entre .74 (en la escala de Preocupaciones Sexuales) y .89 (para la escala de Estrés Postraumático). Los valores alfa más bajos los obtuvieron, en el caso del grupo control, la escala de Fantasía Disociativa (Dis-F), con un valor de .59,

y la escala de Preocupaciones Sexuales – Distress (SC-D), con un valor de .54; en el caso de la muestra clínica, la puntuación más baja la obtuvo la escala de Fantasía Disociativa (Dis-F), con un valor alfa de .63.

La validez test-retest se calculó en base a una segunda aplicación de la prueba tres semanas después en una muestra de $n=79$. Las correlaciones obtenidas en las escalas clínicas fueron de entre .81 (depresión) y .51 (para la subescala de preocupaciones sexuales – distress). La correlación obtenida para el total de la escala fue de .81.

En relación a la validez, el análisis factorial exploratorio ofreció una solución de un total de 9 factores capaz de explicar el 56,8% de la varianza. El análisis factorial confirmatorio ofreció un total de 6 factores, capaces de explicar el 50,7% de la varianza, resultando la solución de 6 factores más parecida a la del estudio original de Briere. Cabe destacar que en la adaptación Sueca, el factor “ansiedad” presentó limitaciones, al estar formado únicamente por tres ítems, puesto que otros ítems que en el estudio original formaban parte del presente factor, mostraron puntuaciones más elevadas en otros factores como en el de Estrés Postraumático (en el caso de los ítems 2, 15, 33 y 41) y en el factor de depresión (en el caso de los ítems 32 y 39).

Las correlaciones de las distintas subescalas con respecto al total de la escala fueron de entre .62 (en el caso de la escala de preocupaciones sexuales) y .86 (en relación a la escala de depresión).

Para la validez concurrente se aplicó el cuestionario de disociación “Dis-Q-Sweden” (Svedin, Nilsson y Lindell, 2004) al grupo control, obteniéndose correlaciones de Pearson entre la puntuación de dicha prueba y la escala de Disociación del TSCC de .75.

En cuanto a la validez de criterio, se obtuvieron diferencias significativas en todas las escalas del TSCC entre el grupo control y el grupo clínico a excepción de la subescala de preocupación por cuestiones sexuales (Sexual Concerns – Preoccupation). Por otra parte, los menores del grupo control que a través de la escala de trauma del cuestionario “Dis-Q Sweden” (Svedin, Nilsson y Lindell, 2004) informaron sobre experiencias traumáticas, ofrecieron puntuaciones más elevadas en las escalas clínicas del TSCC. Por otra parte, en cuanto a las diferencias por sexo, las chicas ofrecieron

puntuaciones significativamente más elevadas que los chicos en todas las escalas clínicas del TSCC a excepción de la escala sobre Preocupaciones Sexuales, en la que fueron los chicos quienes ofrecieron mayores puntuaciones y la escala de ira, en la que no se dieron diferencias estadísticamente significativas.

También se ha llevado a cabo una adaptación psicométrica del TSCC en Alemania (Bal y Uvin 2009). Para el estudio se empleó un grupo control de $n=341$ y un grupo clínico de jóvenes víctimas de abuso sexual de $n=100$. Las autoras indican que el análisis factorial efectuado ofreció una solución similar a la del estudio original de la prueba. Los coeficientes obtenidos tras el cálculo del alfa de Cronbach para determinar los niveles de consistencia interna fueron de entre .77 (para la escala de Preocupaciones Sexuales) y .89 (para la escala de Ira). Las autoras concluyen también que la prueba cuenta con una adecuada validez convergente.

5.2.4. Estudios sobre las cualidades psicométricas del TSCYC

A continuación pasan a exponerse, tal y como se ha hecho con el TSCC, algunos estudios psicométricos acerca de la prueba TSCYC. En primer lugar se exponen estudios sobre las características psicométricas de la prueba en distintas muestras; posteriormente, pasan a exponerse estudios sobre adaptaciones psicométricas en distintos países y, finalmente, un estudio sobre una propuesta para una versión reducida del TSCYC.

En la investigación llevada a cabo por Wherry, Graves y King (2008) con 172 niños víctimas de abuso sexual que tenía por objetivo estudiar la validez convergente del TSCYC, se correlacionaron las puntuaciones obtenidas en el TSCYC con otras pruebas.

La escala de Preocupaciones Sexuales del TSCYC presentó correlaciones significativas con la escala de Problemas Sexuales de la CBCL (.72), con la puntuación total del CSBI (.62), con la escala compuesta por los ítems específicos de abuso sexual (SASI) del CSBI (.59) y con la escala de conductas sexuales propias de la edad (DRSB) del CSBI (.44).

Las correlaciones entre las escalas del TSCC y el TSCYC fueron de .29 entre las correspondientes escalas de ira, de .17 entre las escalas de preocupaciones sexuales, de .24 entre las escalas de ansiedad, de .29 entre las escalas de depresión, de -.04 para las escalas de Estrés Postraumático y de .24 entre las escalas de disociación.

Los valores obtenidos al correlacionar las escalas de la CBCL y el TSCYC fueron de entre .54 y .84. La escala de Ira del TSCYC con respecto a la escala de Comportamiento Delictivo de la CBCL presentó una correlación de .54 y con respecto a la escala de Agresividad de la CBCL de .84. La escala de Preocupaciones Sexuales del TSCYC con respecto a la de preocupaciones sexuales de la CBCL, presentó una correlación de .70. Las escalas del TSCYC de Ansiedad y Depresión, con respecto a la escala de Ansiedad/Depresión de la CBCL presentaron correlaciones de .72 y .77 respectivamente.

Finalmente, también se calcularon las correlaciones entre las escalas del TSCYC y las escalas de la prueba UCLA PTSD Reaction Index. En este caso, la escala de Estrés Postraumático-Intrusión del TSCYC presentó una correlación de .57 con respecto al criterio B (reexperimentación) de la UCLA PTSD Reaction Index. La escala de Estrés Postraumático-Evitación del TSCYC presentó una correlación de .34 con respecto al Criterio C (evitación) de la UCLA PTSD Reaction Index. Por último, la escala de Estrés Postraumático-Arousal del TSCYC presentó una correlación de .59 con respecto al Criterio D (arousal) de la UCLA PTSD Reaction Index.

En el estudio de Briere et al. (2001) cuyo objetivo fue determinar la fiabilidad del TSCYC, se aplicó la prueba a una muestra con un tamaño de $n=219$, padres, madres o tutores legales de menores de entre 3 y 12 años víctimas de abuso sexual, malos tratos físicos o testigos de violencia entre sus progenitores.

Los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos para determinar la consistencia interna de las escalas clínicas de la prueba fueron de entre .93 (en el caso de la escala Estrés Postraumático-Total) y .81 (para la escala de Preocupaciones Sexuales). Para las escalas de validez Nivel de Respuesta y Respuestas Atípicas los valores alfa obtenidos fueron de .73 y .36 respectivamente.

En relación a la validez discriminante, los chicos más jóvenes presentaron mayores puntuaciones en la escala de Ira, los más mayores presentaron mayores puntuaciones en la escala de Depresión y en la escala de validez de Nivel de Respuesta. Los niños presentaron mayores puntuaciones en la escala de Ira, mientras que las niñas presentaron mayores puntuaciones en la escala de validez de Nivel de Respuesta. Las puntuaciones ofrecidas por las madres (o tutoras legales) fueron mayores en las escalas de Depresión e Ira que las que ofrecieron los progenitores o tutores de sexo masculino.

Los análisis para determinar la existencia de diferencias significativas en función del tipo de situación victimizante sufrida (abuso sexual, malos tratos físicos y ser testigo de violencia entre los progenitores) informaron que los menores víctimas de abuso sexual presentaron mayores puntuaciones en las escalas de Estrés Postraumático-Intrusión, Estrés Postraumático-Evitación, Estrés Postraumático-Total y Preocupaciones Sexuales. Los menores víctimas de malos tratos físicos informaron de mayores puntuaciones en las escalas de Estrés Postraumático-Intrusión, Estrés Postraumático-Arousal, Estrés Postraumático-Total y Disociación. Por último, los menores testigos de violencia de género presentaron mayores puntuaciones en las escalas de Estrés Postraumático-Intrusión, Estrés Postraumático-Evitación, Estrés Postraumático-Arousal y Estrés Postraumático-Total, presentando a su vez una correlación negativa significativa con la escala de Preocupaciones Sexuales.

Los autores además indican que los resultados alcanzados en relación a las escalas de estrés postraumático, disociación y preocupaciones sexuales apoyan la validez de constructo del TSCYC, habiendo ya anteriormente alcanzado la literatura científica conclusiones en un sentido similar (Elliott y Briere, 1994, Friedrich, 1993, McLeer et al., 1998, Singer et al., 1995, en Briere, 2001).

Pollio, Glover-Orr y Wherry (2008) llevaron a cabo un estudio con una muestra de 34 menores de entre 4 y 12 años (y sus progenitores) atendidos en un centro de intervención psicoterapéutica tras haber sufrido abuso sexual.

El cálculo del alfa de Cronbach para la consistencia interna de la prueba ofreció coeficientes de .94 para el total de la escala y de entre .73 (en la escala de Estrés Postraumático-Evitación) y de .91 (en la escala de Estrés Postraumático-Total) para las escalas clínicas del TSCYC. Todas las escalas, a excepción de las escalas de Estrés

Postrumático-Evitación (.73) y la escala de Ira/Agresividad (.78), presentaron alfas de Cronbach iguales o superiores a .80.

Las distintas escalas de Estrés Postraumático (intrusión, evitación y arousal) presentaron correlaciones significativas (en un rango de entre .83 y .90) con la escala de Estrés Postraumático-Total.

Por otro lado, se determinó si se daban diferencias estadísticamente significativas entre las escalas de Estrés Postraumático del TSCYC y presentar o no un diagnóstico de Estrés Postraumático mediante la aplicación de la entrevista “Diagnostic Interview for Children and Adolescents” en su versión para padres (DICA-P). Aquellos que presentaron un diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático en base a la aplicación de la DICA-P, obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en las escalas de Estrés Postraumático-Intrusión, Estrés Postraumático-Arousal y Estrés Postraumático-Total del TSCYC.

Finalmente, también se valoró la capacidad de las escalas clínicas del TSCYC para clasificar o detectar a los sujetos con o sin diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático a través de la DICA-P. Las escalas clínicas de Estrés Postraumático-Intrusión, Estrés Postraumático-Evitación y Estrés Postraumático-Arousal fue capaz de discriminar el 95,7% de sujetos sin diagnóstico (especificidad de la prueba) y el 72,7% de sujetos diagnosticados (sensibilidad de la prueba). De las distintas escalas indicadas, únicamente la escala de Estrés Postraumático-Arousal mostró ser un predictor significativo del Trastorno por Estrés Postraumático. Posteriormente, con el fin de determinar si alguna del resto de escalas clínicas aportaba una mejora en tal especificidad y sensibilidad de la prueba, se llevaron a cabo nuevamente los correspondientes cálculos estadísticos, considerando el resto de escalas del TSCYC, aunque no aportaron mejoras significativas al respecto. En esta segunda ocasión, el 100% de sujetos sin diagnóstico fueron adecuadamente identificados, mientras que en el caso de los sujetos con diagnóstico, la sensibilidad de la prueba permaneció en un 72,7% de casos diagnosticados y adecuadamente identificados.

En relación a la escala clínica Estrés Postraumático-Total del TSCYC ésta mostró tener un nivel de 95,7% de especificidad y un nivel de sensibilidad del 54,5%. La escala de Estrés Postraumático-Total mostró ser un adecuado predictor para el diagnóstico de Estrés Postraumático. Al efectuar nuevamente los cálculos para

determinar la especificidad y sensibilidad de la prueba teniendo en consideración las escalas clínicas de Preocupaciones Sexuales, Disociación e Ira/Agresividad, los resultados obtenidos fueron los mismos.

En el caso de las escalas de Ansiedad y Depresión, por sí mismas presentaron un nivel de especificidad del 95,7% y un nivel de sensibilidad del 54.5% para el diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático, por lo que aunque dichas escalas sí presentan niveles óptimos de especificidad, no aportan niveles adecuados de sensibilidad.

5.2.5. Una revisión sobre los estudios de adaptación psicométrica del TSCYC

En un estudio en el que se llevó a cabo una adaptación del TSCYC con población de habla hispana en estados unidos (Wherry et al., 2014), con una muestra clínica de 121 padres o tutores legales de menores entre 3 y 12 años atendidos en un recurso de salud mental de West Texas, se obtuvieron coeficientes de Cronbach para la consistencia interna de la prueba de entre .67 y .93, obteniendo ocho de las nueve escalas clínicas que conforman la prueba TSCC, valores alfa iguales o superiores a .80. La escala que presentó una mayor consistencia interna fue la de Disociación, con un valor alfa de .93. La escala que presentó un menor valor alfa fue la de Estrés Postraumático – Arousal, que obtuvo un .67. Las escalas de validez presentaron valores alfa de .80, en el caso de la escala de Nivel de Respuesta (Response Level – RL) y de .48 para la escala de validez de Respuestas Atípicas (Atypical Response).

En cuanto a la validez convergente, excluyendo la escala de Preocupaciones Sexuales, que no se tuvo en consideración para su análisis, siete de las escalas del TSCYC presentaron correlaciones de Pearson significativas con respecto a las escalas de la CBCL, obteniéndose valores de un rango de entre .47 y .80. Las correlaciones llevadas a cabo entre el TSCYC y la CBCL fueron, entre la escala de ansiedad y la de ansiedad/depresión, la de depresión con las de Ansiedad/Depresión y Aislamiento/depresión, la de Ira/Agresividad con las de agresividad y comportamiento antisocial, la de disociación con las de problemas de pensamiento y problemas de atención, y cada una de las escalas de estrés postraumático (arousal, evitación, intrusión y escala total) con la escala de Estrés Postraumático para la CBCL creada por Wolfe y Birt (1997).

En otra publicación en la que se llevó a cabo la adaptación psicométrica del TSCYC en población sueca (Nilsson, Gustafsson y Svedin, 2012), con un grupo control de 629 progenitores o tutores legales, un subgrupo extraído del grupo control para el cálculo de la fiabilidad test-retest de $n=26$ y un grupo clínico de 59 menores víctimas de abuso sexual y/o malos tratos físicos; algunos de los menores fueron también testigos de violencia en el entorno familiar.

En el grupo control no se detectaron diferencias significativas en las puntuaciones totales de la prueba ni en relación a la variable sexo ni la variable género. En cuanto a las escalas clínicas, los chicos más mayores (6,5-11 años), en comparación con los más pequeños, obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en las escalas de Depresión, Estrés Postraumático-Evitación y Preocupaciones Sexuales y puntuaciones ligeramente más elevadas en las escalas de Estrés Postraumático-Intrusión y Estrés Postraumático-Total, así como menores puntuaciones en Ira. Las chicas obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que los chicos en las escalas de Ansiedad y Depresión y ligeramente más elevadas en la escala de Preocupaciones Sexuales. En el grupo clínico, destacar que los chicos más mayores obtuvieron mayores puntuaciones en la escala de Depresión.

El valor alfa de Cronbach obtenido para el cálculo de la consistencia interna del total de la prueba fue de .90 (tanto en el grupo control como en el grupo clínico). En cuanto a las escalas clínicas, los valores alfa fueron de entre .80 y .55 en el grupo control y de entre .80 y .77 en el grupo clínico. Para las escalas de validez, los valores alfa obtenidos en el grupo control y en el clínico respectivamente fueron de .77 y .8, para la escala Nivel de Respuesta (RL), y de .36 y .12, para la escala de Respuestas Atípicas (AR).

La fiabilidad test-retest mediante el cálculo de la correlación de Pearson para las distintas escalas clínicas de la prueba fue de entre .95 (en el caso de la escala de Estrés Postraumático-Evitación) y .56 (en la escala de Disociación). Para las escalas de validez, únicamente se pudo calcular la correlación para la escala de Nivel de Respuesta (Response Level –RL), cuyo valor fue de .79.

En relación a la validez de constructo, en el grupo control la puntuación total de la escala presentó correlaciones respecto a las escalas clínicas de entre .48 (para la escala de Preocupaciones Sexuales) y .97 (para la escala de Estrés Postraumático-Total).

En la muestra clínica se obtuvieron correlaciones de entre .52 (en relación a la escala de Preocupaciones Sexuales) y .97 (en la escala de Estrés Postraumático-Total). La escala de validez Nivel de Respuesta, presentó correlaciones negativas con todas las escalas tanto en el grupo control como en la muestra clínica.

En el análisis factorial confirmatorio efectuado para el cálculo de la bondad de ajuste mediante pruebas de chi-cuadrado y el cálculo de la raíz media cuadrática del error de aproximación (RMSEA), determinó una baja bondad de ajuste en la prueba, en especial en el factor de Preocupaciones Sexuales, que fue la escala que presentó un peor ajuste, llegando a resultar no significativo uno de sus ítems, el ítem 59.

La validez de criterio informó sobre puntuaciones significativamente más elevadas en todas las escalas del TSCC en la muestra clínica, en comparación con el grupo control y, en especial, en las escalas de Estrés Postraumático-Evitación, Estrés Postraumático-Total y para la puntuación total de la prueba.

El análisis de regresión múltiple efectuado permitió determinar que las puntuaciones del TSCYC en las distintas subescalas y la puntuación total de la prueba resultó ser mayor en aquellos casos de menores polivictimizados. Para medir las situaciones victimizantes del pasado en los menores se hizo uso de la “Lifetime Incidence of Traumatic Events Scale-parent scale - LITE-P” (Greenwald y Rubin, 1999).

En un reciente estudio se ha efectuado una adaptación psicométrica de la prueba TSCYC en población coreana (Bae et al., 2015). El estudio contó con un grupo normativo formado por una muestra de 299 progenitores de 137 niños y 162 niñas, de entre 3 y 12 años, de una escuela de la localidad de Daegu, Corea. Para el estudio de la fiabilidad test-retest se contó con una muestra de 88 sujetos, seleccionados aleatoriamente, extraídos del grupo normativo indicado anteriormente. El indicado estudio dispuso también de una muestra clínica de 73 menores (51 niñas y 22 niños) víctimas de abuso sexual que estaban siendo atendidos psicológicamente en un centro de atención a víctimas (Sunflower Center) en tratamiento ambulatorio.

En cuanto a la fiabilidad de la prueba, indicar que la consistencia interna, calculada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, fue elevada tanto en el grupo normativo como en la muestra clínica.

El valor alfa de Cronbach para el total de la prueba en el caso de la muestra normativa fue de .92 y en la muestra clínica fue de .96.

Los valores alfa de las escalas clínicas para el grupo normativo fueron de entre .46 a .82, siendo las escalas Estrés Postraumático-Intrusión y Preocupaciones Sexuales las que aportaron los valores alfa más bajos (de .46 y .47 respectivamente) y la escala Disociación y el total de las escalas de Estrés Postraumático las que ofrecieron valores más elevados (.82 y .81 respectivamente). Las escalas de validez Nivel de Respuesta y Respuestas Atípicas ofrecieron valores alfa de .80 y .57 respectivamente.

En el caso de la muestra clínica, las escalas clínicas ofrecieron valores de entre .77 y .91. Las escalas clínicas con valores alfa más bajos fueron las de Estrés Postraumático-Intrusión y Ansiedad, con valores de .77 y .78 respectivamente. Las escalas clínicas con mayores valores obtenidos fueron las de Estrés Postraumático-Total (.91) y Disociación (.90). Los valores alfa obtenidos en las escalas de validez Nivel de Respuesta y Respuestas Atípicas fueron de .81 y .35 respectivamente.

La fiabilidad test-retest se calculó en base a una submuestra seleccionada aleatoriamente, extraída del grupo normativo, de un total de 88 sujetos a los que se les administró la prueba por segunda vez transcurridas 4 semanas. Las correlaciones de Pearson obtenidas en las distintas escalas clínicas fueron de entre .52 y .96. Las escalas que presentaron mayores correlaciones fueron las de Disociación (.96) y Ansiedad (.67), mientras que las escalas Ira (.52), Estrés Postraumático-Intrusión (.60) y Preocupaciones Sexuales (.60) fueron las que obtuvieron correlaciones más bajas, aunque significativas. Las escalas de validez Nivel de Respuesta y Respuestas Atípicas obtuvieron valores alfa de .95 y .74 respectivamente.

En relación a la validez concurrente informar que 299 progenitores del grupo normativo cumplimentaron, además de la prueba TSCYC, las pruebas CBCL y el CSBI. Todas las escalas del TSCYC presentaron correlaciones significativas respecto a las escalas Ansiedad/Depresión y Comportamiento Agresivo de la CBCL

Finalmente, en relación a las diferencias entre grupos indicar que en base a los cálculos efectuados mediante la prueba *t* de Student, se reportaron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas clínicas del TSCYC entre el grupo normativo y el grupo clínico.

5.2.6. El TSCYC-SF: Una propuesta sobre una versión reducida del TSCYC

En un estudio llevado a cabo por Wherry, Corson y Hunsaker (2013), con una muestra de $n=295$ padres o tutores legales de menores entre 3 y 12 años, se planteó como objetivo realizar una versión abreviada del TSCYC. Tras un análisis factorial exploratorio y, posteriormente, un análisis factorial confirmatorio, se redujo la prueba a 32 ítems distribuidos en 8 factores.

Para determinar la validez convergente, se calcularon correlaciones de Pearson entre las escalas del TSCYC y otras escalas de otras pruebas psicométricas, obteniéndose una adecuada validez convergente. La escala de Preocupaciones Sexuales del TSCYC presentó correlaciones de .74 con la escala de Problemas Sexuales de la CBCL, de .63 con la puntuación total del CSBI, de .62 con la puntuación de la escala compuesta por los ítems específicos de abuso sexual (SASI) del CSBI y de .37 con la escala de conductas sexuales propias de la edad (DRSB) del CSBI. Las correlaciones entre el TSCC y la versión abreviada del TSCYC (TSCYC-SF) no fueron significativas; la única correlación moderadamente elevada fue entre las correspondientes escalas de Ira, con un valor de .26.

Las correlaciones entre la CBCL y la TSCYC-SF fueron significativas en todas las escalas, obteniéndose valores en un rango entre .47 y .83. Las puntuaciones entre la escala “UCLA PTSD Reaction Index” y la TSCYC-SF correlacionaron significativamente, presentando valores de entre .47 y .75.

En relación a la validez discriminante, los resultados indicaron que la escala de Estrés Postraumático-Total media constructos distintos con respecto al resto de escalas a excepción de la escala de Depresión, con la que no presentó una validez discriminante significativa.

En cuanto a la validez divergente, se determinó que aquellos menores diagnosticados de Trastorno por Estrés Postraumático en base a la versión para padres de la UCLA PTSD Reaction Index, presentaron puntuaciones significativamente mayores en la escala de Estrés Postraumático-Total del TSCYC-SF.

SEGUNDA PARTE:
INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO VI –ADAPTACIÓN PSICOMÉTRICA DE LAS PRUEBAS TSCC Y TSCYC

6.1. Justificación de la investigación

Tal como han concluido algunas investigaciones (Friker y Smith, 2002 y Lanktree, Briere y Zaidi, 1991), una medida específicamente diseñada para detectar sintomatología relacionada específicamente con situaciones traumáticas como el abuso sexual, presenta una mayor sensibilidad para la detección de dicha sintomatología que aquellas pruebas de valoración del funcionamiento global. Por ello es necesario el desarrollo o adaptación de pruebas específicas para ser incluidas en las valoraciones de menores víctimas. Otros autores también han llegado a indicar que son necesarios instrumentos específicos para la valoración de sintomatología postraumática, dado que medidas más genéricas resultan insuficientes para captar sintomatología traumática (Friedrich, 2001; McLeer, Deblinger, Atkins, Foa y Ralphe, 1988; Nader, 1997; Wolfe, 1994, en Nilsson, 2007 y Nilsson, Wadsby y Svedin, 2008). En este sentido, Pereda y Abad (2013) indican que el empleo de herramientas clásicas que no se han diseñado específicamente para la evaluación de menores víctimas de abuso sexual presentan limitaciones importantes y que, en consecuencia, deben emplearse instrumentos validados con menores víctimas y que exploren las consecuencias clínicas que la investigación científica ha demostrado que resultan más habituales en este tipo de casos.

Echeburúa, Amor y Corral (2003) indican también que en el campo de la psicología clínica forense resulta un reto para la investigación “*diseñar instrumentos de evaluación cortos y específicos que cuenten con adecuadas propiedades psicométricas, que no se solapen entre sí, que estén adaptado o validados con muestras españolas y que sean sensibles a la detección temprana de los trastornos mentales, así como a los cambios terapéuticos*” (p.505).

El TSCC es probablemente la prueba más utilizada de entre todas aquellas usadas para valorar sintomatología traumática en Estados Unidos y Canadá tanto en contextos clínicos como forenses (Wolpaw et al., 2005). Otros autores también han destacado su extendido uso (especialmente en población anglosajona, al ser la prueba original en inglés), para identificar sintomatología tras una experiencia potencialmente traumática (Elhai, Gray, Kashdan y Frankin, 2005, en Nilsson et al., 2012). Su utilidad

se justifica también por el hecho de que junto con el Child Sexual Behavior Inventory – CSBI (Friedrich, 1998) son las dos únicas pruebas relacionadas con la evaluación de sintomatología post-traumática que han sido estandarizadas y que disponen de datos normativos para su uso clínico (Briere, 2001).

En cuanto al TSCYC, cabe destacar que resulta de especial utilidad al haber una falta importante de instrumentos de medida para valorar sintomatología tras un evento traumático en los niños más pequeños (la prueba TSCYC es heteroaplicada a padres o tutores de menores de 3 a 12 años). Varios son los autores que han alertado acerca de esta falta de herramientas para la valoración de sintomatología postraumática en la población más joven (Cohen y Scheeringa, 2009; Hawkins y Radcliffe, 2006; Scheeringa y Haslett, 2010; Scheeringa, Zeanah y Cohen, 2011, en Nilsson et al., 2012). También Fricker y Smith (2002) alertan en este sentido que el arsenal de herramientas psicométricas diseñadas y aptas para la valoración de las consecuencias psicopatológicas del abuso sexual infantil es muy limitado, por lo que los profesionales tienen que recurrir con más frecuencia a valoraciones basadas en impresiones clínicas y otros datos obtenidos a través de métodos no estandarizados. En consecuencia, dichos autores han señalado que el TSCC resulta ser una medida especialmente diseñada para detectar sintomatología traumática y/o relacionada con el abuso sexual, resultando más sensible a la detección de este tipo de sintomatología que otras medidas más genéricas. Indican también que, en consecuencia, en el proceso de valoración de menores víctimas de abuso sexual debe incorporarse medidas específicas tales como el TSCC, el ser capaz de detectar mejor que otras pruebas la heterogeneidad del distress que suelen presentar los niños víctimas de abuso sexual.

Como se ha indicado ya en investigaciones anteriores (Werry et al., 2013), los instrumentos disponibles para la valoración del estado psicológico de menores víctimas de abuso o violencia o bien no valoran de forma específica sintomatología postraumática (como sucede con la CBCL), únicamente valora sintomatología muy específica (tal como es el caso del CSBI, que valora comportamientos sexuales), no están estandarizadas (empleadas con fines de investigación o no estar estandarizadas en población española), son extremadamente extensas o bien no disponen de formas paralelas (con el fin de cumplir con una evaluación multifuente). Tales limitaciones pretenden ser cubiertas por el TSCC y su versión paralela para padres, TSCYC.

Por otro lado, los modelos americanos “NCAC Model” y “FAC Model”, dos de los modelos más extendidos en Estados Unidos para la valoración y atención de menores víctimas, incorporan el uso de ambas pruebas psicométricas en el proceso de evaluación psicopatológica. Cabría plantearse la posibilidad de efectuar en España un protocolo o directrices comunes a nivel nacional para la valoración clínico-forense de menores víctimas de abuso sexual y otros malos tratos en las que poder incorporar el TSCC y TSCYC como pruebas para la valoración clínica, de las secuelas o repercusiones psicopatológicas para los menores.

Las puntuaciones obtenidas en las pruebas TSCC y TSCYC son también valoradas y se tienen en consideración entre los 15 factores de credibilidad relacionados con una acusación de abuso sexual según el “Checklist” adjunto como segundo apéndice en la publicación de Faller y Nelson-Gardell (2010).

Dichas pruebas han sido ya traducidas y adaptadas psicométricamente en otras poblaciones. La TSCC ha sido adaptada psicométricamente en: Corea (Chung, 2014), Irán (Mohammadkhani, et al., 2007), Suecia (Nilsson et al., 2008), China (Li et al., 2009), Alemania (Bal y Uvin, 2009) o Canadá (Wright et al., 1998). El TSCYC ha sido adaptado en países como Suecia (Nilsson et al., 2012) o Corea (Bae et al., 2015). Hasta la fecha no se ha efectuado una adaptación psicométrica del TSCYC en España, a pesar de haberse realizado una adaptación psicométrica con población de habla hispana en Estados Unidos (Wherry et al., 2014). El TSCC tampoco ha sido adaptado en España hasta el momento.

Las pruebas TSCC y TSCYC resultan ser herramientas de gran valor y utilidad puesto que permiten complementar la valoración alcanzada mediante la aplicación de otras pruebas psicométricas de amplio rango como la CBCL o YSR, siendo las pruebas TSCC y TSCYC específicas para la valoración de la sintomatología traumática, que no parece estar suficientemente recabada mediante otras pruebas psicométricas.

Las pruebas objeto de estudio disponen de escalas de validez, resultando especialmente útiles para el contexto forense, en el que es de especial relevancia valorar cuestiones como la simulación, sobresimulación o disimulación de síntomas.

Otra cuestión de especial utilidad es la relación costes-beneficios que se derivan de la prueba objeto de estandarización. En este sentido, en poco tiempo (los autores de

la prueba estiman su aplicación en unos 20 minutos más otros 10 minutos de corrección por parte del psicólogo), la prueba proporciona un panorama amplio sobre el estado emocional de los menores al informar sobre múltiple sintomatología en los niños y adolescentes. Esto resulta de especial importancia en el sistema público de salud o en la administración de justicia, en donde las demandas son muchas y a resolver en muy poco tiempo. En este sentido, algunas investigaciones han indicado que las pruebas psicométricas, en especial cuando su respuesta es en escala tipo Likert, permiten explorar un amplio rango de conductas, muchas de ellas inaccesibles mediante la observación directa, en un tiempo relativamente breve (Echeburúa, 1996, en Echeburúa, Corral y Amor, 2003).

Así, disponer de las pruebas TSCC y TSCYC estandarizadas en España permitirían su uso en contextos forenses tales como en las clínicas médico-forenses o los equipos psicosociales de los juzgados, donde resulta habitual la solicitud de la valoración de las consecuencias psicopatológicas o secuelas de un menor ante un posible delito de abuso sexual. En esta línea, retomando el legado de Juárez (2002), tras sus estudios sobre la exploración y valoración de la credibilidad del testimonio de menores víctimas de abuso sexual en base a los que creó la conocida Guía para la Evaluación del testimonio de abuso sexual infanto-juvenil basada en cinco hipótesis (GEA-5), las pruebas TSCC y TSCYC podrían ser incorporadas en la última de las hipótesis planteadas por Juárez. Dicha hipótesis se ocupa de la valoración a nivel clínico-psicosocial y la simulación. Así, al aplicarse las pruebas TSCC y TSCYC podrían incorporarse los resultados de dichas pruebas dentro de la indicada hipótesis informando, a su vez, de los resultados obtenidos en las escalas de validez que disponen ambas pruebas, lo que daría respuesta también a la exploración de una posible simulación (y añadido, en relación a la hipótesis planteada por Juárez en la GEA-5, la valoración de una posible sobresimulación o disimulación) o no de sintomatología.

También resulta de interés la validación de pruebas psicométricas con población forense, resultando escasas las herramientas psicométricas que, en España, hayan sido validadas, estandarizadas o adaptadas en tal tipo de muestras y menos aún si nos centramos en aquellas que van dirigidas a la población infantil y adolescente. En términos generales puede pensarse que, habitualmente, se efectúa un uso de herramientas diseñadas en el ámbito clínico que, por extrapolación, se emplean en el ámbito forense dada la escasez de pruebas específicas diseñadas para dicho contexto.

En este sentido, se ha indicado que son escasos los modelos y protocolos de actuación creados específicamente para el contexto forense, habiéndose asentado las primeras iniciativas de origen clínico (Echeburúa, Muñoz y Loinaz, 2011, en Scott, Manzanero, Muñoz y Köhnken, 2014). Se ha señalado también que esta situación es especialmente significativa en el caso de la valoración del daño psíquico asociado a la exposición a situaciones de victimización criminal, donde la psicopatología cobra un papel protagonista (Muñoz, 2013, en Scott et al., 2014) y que la literatura científica constata esta realidad para el caso de la evaluación forense en supuestos de abuso sexual infantil (Pereda y Arch, 2012).

Internacionalmente también se ha suscrito lo referido anteriormente llegando a indicar que:

“la práctica de la psicología forense en general y las pruebas psicológico-forenses en particular, claramente requieren de una mayor estandarización de su práctica que la que pueda requerir el trabajo clínico (APA, 1994, 2009, Association of Family and Conciliation Courts, 2006, Bow et al., 2006, Committee on the Revision of the Specialty Guidelines for Forensic Psychology, 2006, Flens y Drozd, 2005, Hamilton, 1998, Heilbrun, 1992, 2001, Koocher, 2006, Medoff, 2003, Otto Heilbrun, 2002, Perrin y Sales, 1994” (Medoff, 2010, p.80).

A nivel clínico, la prueba puede ser útil para valorar la mejora terapéutica de los menores en tratamiento o para valorar la eficacia de tratamiento de un programa de intervención. Dicha utilidad ha sido ya puesta de manifiesto en estudios sobre la eficacia del Tratamiento Integral para el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (ITCT) en una muestra de menores victimizados (Lanktree et al., 2012).

El hecho de haber seleccionado ambas versiones, la autoaplicada (TSCC) y la heteroaplicada (TSCYC) tiene como objetivo dar respuesta a las recomendaciones que la comunidad científica ha efectuado sobre el proceso de exploración o evaluación psicológica. Dichas pruebas no solo podrían emplearse en un proceso de valoración más amplio, tras haberse efectuado una entrevista clínica o una exploración para recabar el testimonio infantil como podría ser el protocolo de entrevista NICHD (Lamb et al., 2007) y en base a éste analizar la credibilidad del testimonio, por lo que se logra una evaluación multi-método, sino que también, por otra parte, las pruebas psicométricas a

validar ofrecen información por parte del menor (TSCC) y/o de su entorno más cercano tal como son los progenitores (TSCYC), obteniendo así también una evaluación multi-fuente.

Las pruebas TSCC y TSCYC son herramientas de alto impacto científico a nivel internacional, habiendo generado múltiples investigaciones, a parte de las ya mencionadas acerca de la adaptación psicométrica en otras naciones, empleada como herramienta de medida para la sintomatología derivada de situaciones traumáticas (Bal, Crombez, Van Oost y Debourdeaudhuij, 2003; Bal, Van Oost, Debourdeaudhuij y Crombez, 2003; Brey y Caraway, 2002; Johnson et al., 2002; Shaw, Lewis, Loev, Rosado y Rodrigues, 2000; Shaw, Lewis, Loeb, Rosado y Rodrigues, 2001, en Nilsson et al., 2008; Cuevas, Finkelhor, Clifford y Ormrod, 2010; Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007), así como en estudios sobre eficacia de tratamiento (Cohen, Mannarino y Knudsen, 2005; Lanktree y Briere, 1995; y Nolan et al., 2002, en Nilsson et al., 2008). Tanto el TSCC como el TSCYC (junto con otras herramientas empleadas también en la presente investigación como el JVQ) han sido utilizadas para el estudio del fenómeno conocido como polivictimización (Turner, Finkelhor, Ormrod, 2010 y Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007).

A pesar del impacto científico de las pruebas TSCC y TSCYC, así como la utilidad de las mismas tanto en el contexto clínico como en el forense, aún hasta la fecha no se han efectuado en España estudios acerca de dichas pruebas, siendo la presente investigación la primera realizada con población española.

6.2. Objetivos e hipótesis

El objetivo principal de la presente investigación ha sido:

- Adaptar psicométricamente los cuestionarios Trauma Symptom Checklist for Children (Briere, 1996) y Trauma Symptom Checklist for Young Children (Briere, 2001) en una población española de menores víctimas de abuso sexual.

En consecuencia han sido también objetivos de la presente investigación:

- Analizar la estructura factorial con el fin de conocer la estructura teórica subyacente del TSCC y el TSCYC.

- Conocer la fiabilidad de las pruebas TSCC y TSCYC mediante el análisis del alfa de Cronbach para la consistencia interna.
- Conocer la validez concurrente del TSCC y el TSCYC con respecto a otras pruebas como son la CBCL y el YSR, así como en relación al TSCC en el caso del TSCYC.
- Conocer la validez discriminante de las pruebas TSCC y TSCYC en función de las variables sexo, edad y haber sido o no un menor polivictimizado.

Las hipótesis planteadas para la investigación que nos ocupa han sido:

- Se obtendrán los mismos factores principales que en la versión original de las pruebas TSCC y TSCYC, pudiéndose dar variaciones en los subfactores al tratarse de poblaciones de origen y cultura distintas (americana vs. española).
- La fiabilidad de las pruebas se espera que resulte satisfactoria; las puntuaciones obtenidas mediante el coeficiente alfa de Cronbach resultarán significativas (próximas o superiores a .80) en las distintas escalas del TSCC y TSCYC, así como respecto al total de ambas pruebas, lo que apuntaría hacia una adecuada consistencia interna de las respectivas pruebas.
- Se espera obtener elevadas correlaciones entre las pruebas TSCC e YSR (al ser ambas pruebas autoaplicadas), informando sobre una adecuada validez concurrente para el TSCC. Se obtendrá una menor correlación con respecto a la CBCL (al ser ésta una prueba heteroaplicada).
- Se espera obtener elevadas correlaciones entre las pruebas TSCYC y CBCL (al ser ambas pruebas heteroaplicadas), informando sobre una adecuada validez concurrente para el TSCC.
- Se espera encontrar diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en las pruebas TSCC y TSCYC en función de la edad, el sexo y haber sufrido otras situaciones victimizantes (lo que se conoce como polivictimización).

6.3. Participantes y descripción de la muestra.

En el siguiente apartado pasa a describirse la muestra empleada para el estudio que nos ocupa.

La muestra obtenida (n=118) la formaron menores de entre 3 y 17 años y sus progenitores o tutores legales, residentes en la zona metropolitana de Madrid, atendidos a nivel psicoterapéutico, en modalidad ambulatoria, en una asociación en la que su ámbito de intervención se centra en la atención psicosocial de menores y sus familias que han vivido situaciones de violencia. De los casos atendidos en la asociación entre los años 2013 y 2015, se seleccionaron para la presente investigación aquellos en los que el motivo de consulta fue una sospecha fundamentada (por ausencia de motivaciones secundarias, existencia de parte médico o facultativo por sospecha de abusos sexuales, informe psicológico o psicosocial a nivel pericial cuyo resultado sobre la credibilidad del testimonio fuera verosímil o creíble, sentencia condenatoria por un delito contra la libertad o indemnidad sexual y/o interposición de denuncia fundamentada contra un delito de dichas características con procedimiento judicial en instrucción. La muestra se limitó a menores víctimas por delitos contra la libertad y/o indemnidad sexual dado el objetivo de la investigación y puesto que la asociación atiende tanto a adultos como a menores víctimas de cualquier tipo de violencia.

Fueron motivos de exclusión:

- Los mayores de edad, aunque refirieran haber sufrido abusos sexuales en la infancia.
- Niños o niñas con edades de menos de 3 años o más de 17.
- Todos aquellos casos en los que se detectaron motivaciones secundarias en relación a los abusos sexuales denunciados (ej. litigios civiles contenciosos).
- Aquellos participantes que ante el consentimiento informado rechazaron participar en la investigación o que, a pesar de aplicarles las pruebas psicométricas, luego rehusaron de que los resultados fueran incorporados en la investigación.
- Los casos en los que el proceso de evaluación psicológica y aplicación de pruebas quedara inconcluso por abandono voluntario.
- Menores que entre las formas de victimización que refirieron sufrir, no se diera la victimización de tipo sexual.

Del total de la muestra ($n= 118$), el TSCC (versión autoaplicada para niños) pudo ser administrada a un total de 90 menores, mientras que el cuestionario TSCYC (versión heteroaplicada a los progenitores) se aplicó a un total de 56 padres, madres o tutores legales de menores víctimas.

A continuación pasa a describirse la muestra de estudio empleada. Destacar que en aquellas variables relativas al supuesto agresor, nos referimos a supuesto no por el hecho de no haber establecido una rigurosidad en los criterios de investigación y la recogida de los datos, sino que empleamos tal terminología por un criterio legal, en tanto en cuanto en base a la legislación vigente en nuestro país, cualquier persona será inocente hasta que no recaiga sobre ella una sentencia condenatoria.

En la Tabla 11 se puede observar como los sujetos de la muestra se encuentran distribuidos por grupos. Los grupos se formaron con el fin de distinguir aquellos casos en los que la sospecha de abuso sexual se encontraba sustentada por uno o varios criterios de peso (resolución judicial condenatoria en firme o existencia de informe pericial sobre la credibilidad del testimonio emitido por la administración pública constatando un testimonio creíble, parte médico facultativo informando sobre lesiones físicas compatibles con una situación de abuso sexual, entre otros). Este grupo lo forman un total de 99 sujetos, del total de 118 de sujetos que conformaron la muestra total, suponiendo un 83,9% de los menores.

Por otro lado, se distinguen aquellos casos en los que, a pesar de haberse aplicado las pruebas objeto de la presente investigación y ser atendidos por una sospecha de abuso sexual, tal sospecha se encontraba menos fundamentada en pruebas objetivas. La posibilidad de que pudieran estar dándose motivaciones secundarias con respecto a la acusación de abusos conllevó que dichos menores fueran asignados al grupo denominado “maltrato psicológico”, al considerar el conflicto de lealtades o la instrumentalización del menor para verter una acusación de abuso sexual, como un modo de maltrato psicológico. Este grupo está formado por 13 menores, que suponen un 11% de la muestra.

Finalmente, el tercer y último grupo se encuentra formado por aquellos casos en los que, a pesar de la sospecha de abuso sexual, también se detectó una situación traumática o victimizante en el menor tanto o más grave que el abuso, puesto que fue la situación victimizante y no el abuso sexual el motivo de consulta por el que se inició la intervención en la asociación. El presente grupo lo forman un total de 6 menores, que suponen un 5,1% de la muestra. Ello no excluye que otros menores presentaran

también varias victimizaciones en su historia vital; el criterio clave del presente grupo fue el hecho de que fuera otra situación victimizante y no el abuso sexual la que promoviera el inicio de una intervención psicológica.

La Tabla 11 muestra el número de sujetos (y el porcentaje que representan sobre el total de la muestra) de cada uno de los grupos.

Tabla 11 – Estadísticos descriptivos de la muestra distribuida por subgrupos.

	Subgrupos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Abuso sexual	99	83,9	83,9	83,9
	Maltrato psicológico	13	11,0	11,0	94,9
	Victimización	6	5,1	5,1	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

En la siguiente tabla (Tabla 12) se observa la distribución de la muestra por sexos. Como puede observarse, un total de 39 casos (33,1% de los casos) son niños, mientras que 79 de los casos (el 66,9%) son niñas.

Tabla 12 – Estadísticos descriptivos para la variable sexo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Varones	39	33,1	33,1	33,1
	Mujeres	79	66,9	66,9	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Sobre el origen de los menores nos habla la siguiente tabla (Tabla 13). Como se puede observar, más de la mitad de la muestra (n=64; 54,2%) son de origen español. Otro grupo representativo es el de la población latino-americana, representando el 31,4% de la muestra (n= 37). Otros menores que formaron parte de la muestra fueron de otros países de Europa, de origen magrebí o asiático, entre otros.

Tabla 13 – *Estadísticos descriptivos para la variable origen de los menores.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Español	64	54,2	54,2	54,2
	Resto países europeos	6	5,1	5,1	59,3
	Magrebíes	5	4,2	4,2	63,6
	Resto países africanos	3	2,5	2,5	66,1
	Asiático	1	,8	,8	66,9
	Latino-americano	37	31,4	31,4	98,3
	Otros países	2	1,7	1,7	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

De entre las familias de origen extranjero, bien sea la familia emigrante y el menor haya nacido en España o porque el menor naciera en el país de origen y emigrara a España, la media de residencia en España, tal como puede observarse en la Tabla 15, es de alrededor de 9 años y medio (113,8 meses). Como puede observarse en la Tabla 14, 7 de los menores (13,5% de los menores y/o familias emigrantes) llevaban en España menos de un mes (valor 0), siendo éste el periodo inferior de residencia en España. El periodo máximo de residencia en España es el de una familia que emigró hace 27 años (324 meses); en este caso se trata de una familia emigrante en la que el menor nació en España.

Tabla 14 – *Estadísticos descriptivos para la variable tiempo de residencia en España.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	7	5,9	13,5	13,5
	13	1	,8	1,9	15,4
	35	1	,8	1,9	17,3
	49	1	,8	1,9	19,2
	60	1	,8	1,9	21,2
	66	2	1,7	3,8	25,0
	72	3	2,5	5,8	30,8
	76	1	,8	1,9	32,7
	84	1	,8	1,9	34,6
	86	1	,8	1,9	36,5
	89	1	,8	1,9	38,5
	90	1	,8	1,9	40,4
	92	1	,8	1,9	42,3
	95	1	,8	1,9	44,2
	96	2	1,7	3,8	48,1
	98	1	,8	1,9	50,0
	120	2	1,7	3,8	53,8
	132	4	3,4	7,7	61,5
	136	1	,8	1,9	63,5
	142	1	,8	1,9	65,4
	144	3	2,5	5,8	71,2
	150	1	,8	1,9	73,1
	156	1	,8	1,9	75,0
	168	5	4,2	9,6	84,6
	180	2	1,7	3,8	88,5
	204	1	,8	1,9	90,4
	240	1	,8	1,9	92,3
	245	1	,8	1,9	94,2
	252	1	,8	1,9	96,2
	264	1	,8	1,9	98,1
	324	1	,8	1,9	100,0
	Total	52	44,1	100,0	
Perdidos	Sistema	66	55,9		
Total		118	100,0		

Nota: La variable tiempo está expresada en meses. El valor “0” informa sobre periodos inferiores a un mes.

Tabla 15 – *Media de tiempo de residencia en España (expresado en meses).*

	N	Media
Tiempo de residencia en España	52	113,8462
N Válido	52	

Nota: La variable tiempo está expresada en meses.

Como puede observarse en la Tabla 16, la muestra del estudio está formada por menores de edades entre 3 y 17 años. En la Tabla 17 puede observarse como el margen de edad más representado en la muestra es la de los años de preadolescencia y adolescencia, siendo el 61,9% (n= 73) mayores de 12 años.

Tabla 16 – *Estadísticos descriptivos para la variable edad.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3 años	2	1,7	1,7	1,7
	4 años	4	3,4	3,4	5,1
	5 años	5	4,2	4,2	9,3
	6 años	6	5,1	5,1	14,4
	7 años	4	3,4	3,4	17,8
	8 años	10	8,5	8,5	26,3
	9 años	5	4,2	4,2	30,5
	10 años	3	2,5	2,5	33,1
	11 años	6	5,1	5,1	38,1
	12 años	11	9,3	9,3	47,5
	13 años	11	9,3	9,3	56,8
	14 años	15	12,7	12,7	69,5
	15 años	11	9,3	9,3	78,8
	16 años	18	15,3	15,3	94,1
	17 años	7	5,9	5,9	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Tabla 17 – *Estadísticos descriptivos para la variable edad distribuida por grupos.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3-5 años	11	9,3	9,3	9,3
	6-8 años	20	16,9	16,9	26,3
	9-11 años	14	11,9	11,9	38,1
	12-14 años	37	31,4	31,4	69,5
	15-17 años	36	30,5	30,5	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

En la siguiente tabla (Tabla 18) puede observarse el entorno de convivencia del menor. En la mayoría de casos los menores vivían con su madre (44,1% de los menores) o bien junto a sus dos progenitores (38,1% de los casos).

Tabla 18 – *Estadísticos descriptivos para la variable entorno de convivencia de la víctima.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Padre	6	5,1	5,1	5,1
	Madre	52	44,1	44,1	49,2
	Padre y madre	45	38,1	38,1	87,3
	Familia extensa	5	4,2	4,2	91,5
	Acogimiento familia extensa	1	,8	,8	92,4
	Acogimiento familia no biológica	2	1,7	1,7	94,1
	Institución de acogida	7	5,9	5,9	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Sobre la frecuencia de la situación abusiva de los menores es sobre lo que nos informa la siguiente tabla (Tabla 19). Como puede observarse, el 35,9% de los casos consistió en un único episodio y otro 35,9% fueron abusos sexuales crónicos, de larga trayectoria. En el 28% de los casos, se trataron de abusos sexuales puntuales sobre los que el menor pudo informar del número de episodios acontecidos. El caso reflejado como “Perdidos sistema” se trata de un caso sobre el que no pudo recabarse esta información.

Tabla 19 – *Estadísticos descriptivos para la variable frecuencia del abuso.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Episodio único	42	35,6	35,9	35,9
	Episodios aislados	33	28,0	28,2	64,1
	Abuso sexual crónico	42	35,6	35,9	100,0
	Total	117	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,8		
Total		118	100,0		

En cuanto a la severidad del abuso (Tabla 20), 4 de los menores informaron sobre un abuso sin contacto físico (ej. exhibicionismo, exposición a pornografía infantil), 53 de ellos (45,3%) informaron sobre abuso sexual con contacto físico (ej. caricias) y 59 de los menores informaron sobre abusos sexuales con penetración (ya sea por vía oral, anal o vaginal), peneana o mediante la introducción de objetos, representando la mitad de la muestra (50,4%).

Tabla 20 – *Estadísticos descriptivos para la variable severidad del abuso.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin contacto físico	4	3,4	3,4	3,4
	Con contacto físico	53	44,9	45,3	48,7
	Con penetración	59	50,0	50,4	99,1
	NS/NC	1	,8	,9	100,0
	Total	117	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,8		
Total		118	100,0		

Sobre el uso de violencia en el acto abusivo (Tabla 21), el 35,6% de los menores informaron que el agresor no habría hecho uso de violencia. En casi el 6% de los casos habrían sufrido violencia física durante la situación abusiva. En algo más del 26% de los casos, los menores informaron haber sufrido violencia psicológica a lo largo del acto abusivo, entendiendo como violencia psicológica situaciones tales como las amenazas. En el 10% de los casos, los menores informaron haber sufrido los dos tipos de violencia referidos anteriormente. Finalmente, en el 22% de los casos, los menores no aportaron información al respecto, lo que no implica descartar que en estos menores pudieran haber sufrido violencia psicológica, física o ambos tipos.

Tabla 21 – *Estadísticos descriptivos para la variable uso de violencia.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No uso de violencia	42	35,6	35,6	35,6
	Física	7	5,9	5,9	41,5
	Psicológica	31	26,3	26,3	67,8
	Ambas (física y psicológica)	12	10,2	10,2	78,0
	No refiere NS/NC	26	22,0	22,0	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Como puede observarse en la Tabla 22, el 91,5% de los menores no mantenían convivencia con el supuesto agresor en el momento del estudio, mientras que el 7,5% de los casos se mantenía tal convivencia. En uno de los sujetos de la muestra no se pudo conocer tal dato.

Tabla 22 – *Estadísticos descriptivos para la variable convivencia con el agresor.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	108	91,5	91,5	91,5
	Sí	9	7,6	7,6	99,2
	Se desconoce	1	,8	,8	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

De la muestra objeto del presente estudio, más de la mitad de los menores y/o sus progenitores (65,3%) informaron que el niño, niña o adolescente habría sido víctima de otras situaciones victimizantes en su historia vital y/o de forma coetánea al abuso sexual, mientras que en el 34,7% de los casos indicaron no ser polivictimizados (Tabla 23).

Tabla 23 – *Estadísticos descriptivos para la variable polivictimización.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	41	34,7	34,7	34,7
	Sí	77	65,3	65,3	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Considerando esos menores polivictimizados indicados en la Tabla 23, que representan el 65,3% de la muestra, en la tabla siguiente (Tabla 24) se informa sobre el porcentaje de menores víctimas según el tipo de victimización sufrida (más allá de la situación de abuso sexual por la que el menor estaba siendo atendido en el momento del estudio). Cabe indicar que el porcentaje de los distintos tipos de victimización no suman el 100% puesto que un mismo menor puede encontrarse representado en los distintos tipos de victimización al haber sufrido victimizaciones de distintos tipos.

Sobre las victimizaciones de carácter sexual, puede observarse que el 7,8% de los menores polivictimizados (n=6) habrían sido víctimas de abuso sexual con anterioridad por parte de otro agresor. 5 menores, que supone el 6,5% de la muestra de menores polivictimizados, habría sido víctima de sexting (abuso sexual en el que la propia víctima se realiza fotos de connotación sexual a solicitud del agresor y las envía a través de la telefonía móvil o las envía por internet) o grooming (abuso sexual a través de internet). Uno de los menores (1,3% de los menores polivictimizados) habría sido objeto de trata o prostitución infantil.

Las victimizaciones más comúnmente sufridas por los menores víctimas de abuso sexual en el presente estudio fueron las de bullying (53,3%), ser testigo de maltrato o violencia (45,5%) y el maltrato psicológico (29,9%). Otras situaciones victimizantes informadas por los menores fueron las de malos tratos físicos, en el 23,4% de los casos, negligencia, en el 13% de los casos y maltrato por omisión de los cuidados y necesidades básicas del menor en el 13% de los casos.

Tabla 24 – *Estadísticos descriptivos para la variable tipos de polivictimización.*

		Recuento	% del N de fila
Otros abusos	No	71	92,2%
	Sí	6	7,8%
Maltrato físico	No	59	76,6%
	Sí	18	23,4%
Maltrato psicológico	No	54	70,1%
	Sí	23	29,9%
Negligencia	No	67	87,0%
	Sí	10	13,0%
Omisión	No	67	87,0%
	Sí	10	13,0%
Testigo de maltrato o violencia	No	42	54,5%
	Sí	35	45,5%
Bullying	No	36	46,7%
	Sí	41	53,3%
Trata o prostitución	No	76	98,7%
	Sí	1	1,3%
Abuso medios tecnológicos	No	72	93,5%
	Sí	5	6,5%
Otros	No	76	98,7%
	Sí	1	1,3%

La Tabla 25 nos informa que en casi el 80% de los casos se había procedido a interponer una denuncia por los supuestos abusos sexuales, mientras que en algo más del 20% de las ocasiones no se había interpuesto denuncia al respecto.

Tabla 25 – *Estadísticos descriptivos para la variable interposición de denuncia.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	24	20,3	20,3	20,3
	Sí	94	79,7	79,7	100,0
Total		118	100,0	100,0	

Tal como informa la Tabla 26, en los casos que se había interpuesto denuncia, en el 81,9% de los casos era un familiar del menor quien había interpuesto tal denuncia, en el 16% de los casos la denuncia la interpuso un no familiar. Cabe señalar que en el caso de dos de los menores que conforman la muestra del actual estudio fueron ellos mismos quienes acudieron a comisaría a interponer la correspondiente denuncia, siendo éstos adolescentes.

Tabla 26 – *Estadísticos descriptivos para la variable denunciante.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Familiar	77	65,3	81,9	81,9
	No familiar	15	12,7	16,0	97,9
	Víctima	2	1,7	2,1	100,0
	Total	94	79,7	100,0	
Perdidos	Sistema	24	20,3		
Total		118	100,0		

De los menores en los que fue un familiar quien interpuso la denuncia, tal como puede observarse en la Tabla 27, en más de la mitad de los casos fue la madre quien denunció la situación abusiva, representando el 57,1% de los casos, o ambos progenitores, en este caso, en el 26% de las ocasiones. En el 6,5% de los casos, fueron familiares de referencia quienes interpusieron la denuncia (ej. tíos o abuelos del menor).

Tabla 27 – *Estadísticos descriptivos para la variable denunciante familiar.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Madre	44	37,3	57,1	57,1
	Padre	8	6,8	10,4	67,5
	Ambos progenitores	20	16,9	26,0	93,5
	Otros familiares	5	4,2	6,5	100,0
	Total	77	65,3	100,0	
Perdidos	Sistema	41	34,7		
Total		118	100,0		

En aquellos casos denunciados en los que denunció alguien que no pertenecía a la familia del menor, en la mayoría de los casos fueron profesionales de la salud o recursos e instituciones de protección (ej. servicios sociales, fiscalía) los que interpusieron la correspondiente denuncia, representando el 46,7% y el 26,7% de los casos respectivamente. De todo ello nos informa la Tabla 28.

Tabla 28 – *Estadísticos descriptivos para la variable denunciante no familiar.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Profesionales del ámbito escolar	2	1,7	13,3	13,3
	Profesionales de la salud	7	5,9	46,7	60,0
	Cuidador	1	,8	6,7	66,7
	Vecinos o conocidos	1	,8	6,7	73,3
	Servicios sociales u otras instituciones u organismos públicos	4	3,4	26,7	100,0
	Total	15	12,7	100,0	
Perdidos	Sistema	103	87,3		
Total		118	100,0		

Tal y como informa la Tabla 29, en 7 casos (el 5,9% de los casos) ya se habían interpuesto anteriormente otras denuncias por supuestos abusos sexuales.

Tabla 29 – *Estadísticos descriptivos para la variable denuncias anteriores por Abuso Sexual Infantil.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	111	94,1	94,1	94,1
	Sí	7	5,9	5,9	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Sobre el sexo del agresor, en base a la Tabla 30, puede informarse que en prácticamente la mayoría de casos en los que se pudo recabar tal información (siendo así en el 97,5% de los casos) el supuesto agresor era de sexo masculino en el 96,5% de los casos.

Tabla 30 – *Estadísticos descriptivos para la variable sexo del supuesto agresor.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	111	94,1	96,5	96,5
	Femenino	4	3,4	3,5	100,0
	Total	115	97,5	100,0	
Perdidos	Sistema	3	2,5		
Total		118	100,0		

De los casos en los que se pudo recabar información sobre el tipo de agresor (siendo así en el 96,6% del total de la muestra), los menores informaron que el supuesto agresor era una persona conocida en el 91,2% de los casos y desconocida en el 8,8% de los casos (Tabla 31).

Tabla 31 – *Estadísticos descriptivos para la variable tipo de agresor.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Desconocido	10	8,5	8,8	8,8
	Conocido	104	88,1	91,2	100,0
	Total	114	96,6	100,0	
Perdidos	Sistema	4	3,4		
Total		118	100,0		

En los casos en los que se informó que el abuso sexual habría sido por parte de un familiar (Tabla 32), el abuso se habría perpetrado en la mayoría de las ocasiones, supuestamente, por parte del padre biológico (33,3% de los casos) o el padre no biológico o pareja de la madre (23,3% de los casos). También se destacan los abusos supuestamente cometidos por parte de los hermanos de la víctima (en el 11,7% de los casos) o de los tíos (en el 10% de los casos).

Tabla 32 – *Estadísticos descriptivos para la variable relación intrafamiliar con el supuesto agresor.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Padre	20	16,9	33,3	33,3
	Padrastra o madrastra	14	11,9	23,3	56,7
	Hermano/-a	7	5,9	11,7	68,3
	Abuelo/-a	4	3,4	6,7	75,0
	Tío/-a	6	5,1	10,0	85,0
	Primo/-a	3	2,5	5,0	90,0
	Otros	6	5,1	10,0	100,0
	Total	60	50,8	100,0	
Perdidos	Sistema	58	49,2		
Total		118	100,0		

En el caso de los abusos sexuales extrafamiliares cometido supuestamente por parte de una persona conocida, los menores informaron en el 25% de los casos, que el abuso lo habría cometido algún amigo suyo, en el 22% de las ocasiones el agresor habría sido un vecino, en el 18% de los casos el supuesto agresor sería un compañero de piso o un inquilino a quién tenían arrendada una habitación o, en el 13,6% de las ocasiones, lo habría cometido un amigo o conocido de la familia (Tabla 33).

Tabla 33 – *Estadísticos descriptivos para la variable relación extrafamiliar con el supuesto agresor.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Vecinos	10	8,5	22,7	22,7
	Amigos del menor	11	9,3	25,0	47,7
	Amigos de la familia	6	5,1	13,6	61,4
	Profesores	3	2,5	6,8	68,2
	Monitores	2	1,7	4,5	72,7
	Compañeros de piso o Inquilino	8	6,8	18,2	90,9
	Otros	4	3,4	9,1	100,0
	Total	44	37,3	100,0	
Perdidos	Sistema	74	62,7		
Total		118	100,0		

Tal como nos informa la Tabla 34, en el 15,3% de los casos el supuesto agresor era otro menor con una diferencia de edad con respecto a la víctima de más de un año.

Tabla 34 – *Estadísticos descriptivos para la variable ASI ejercido por pares con diferencia de edad.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	95	80,5	84,1	84,1
	Sí	18	15,3	15,9	100,0
	Total	113	95,8	100,0	
Perdidos	Sistema	5	4,2		
Total		118	100,0		

De los datos disponibles, en el 5% de los casos, tal y como puede observarse en la Tabla 35, la situación sexual victimizante se habría producido entre iguales, al haberse dado entre menores de la misma edad.

Tabla 35 - *Estadísticos descriptivos para la variable abuso sexual entre iguales.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	107	90,7	94,7	94,7
	Sí	6	5,1	5,3	100,0
	Total	113	95,8	100,0	
Perdidos	Sistema	5	4,2		
Total		118	100,0		

La Tabla 36 nos informa sobre los antecedentes penales del supuesto agresor. Considerar que entre los sujetos que se encuentran representados dentro de la categoría “No” se encontrarían también los abusos sexuales cometidos por otros menores (comentados en las dos tablas anteriores), puesto que los menores no cuentan con antecedentes penales como tal. En base a los datos conocidos, en el 25,7% de los casos el supuesto agresor contaba con antecedentes penales por otros delitos (constatado mediante documentación policial, en base a la diligencia para la consulta del registro de antecedentes penales).

Tabla 36 – *Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes penales del supuesto agresor.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	35	29,7	31,0	31,0
	Sí	29	24,6	25,7	56,6
	Se desconoce	49	41,5	43,4	100,0
	Total	113	95,8	100,0	
Perdidos	Sistema	5	4,2		
Total		118	100,0		

De entre los supuestos agresores de los que se conocía que disponían de antecedentes penales, en el 6,9% de los casos se conocía que tenía antecedentes pero no se sabía el tipo de antecedente penal. En el 31% de los casos habría cometido otros delitos contra la indemnidad sexual, el 27,6% habían cometido otros delitos de malos tratos físicos o violencia familiar. En el 34,5% de los casos tenían otros tipos de antecedentes penales tales como robo, hurto, robo con fuerza, delitos contra la salud pública, etc. (Tabla 37).

Tabla 37 – *Estadísticos descriptivos para la variable tipo de antecedentes penales del supuesto agresor.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Otros delitos contra la indemnidad sexual	9	7,6	31,0	31,0
	Otros delitos de maltrato	8	6,8	27,6	58,6
	Otros delitos	10	8,5	34,5	93,1
	Se desconoce el tipo	2	1,7	6,9	100,0
	Total	29	24,6	100,0	
Perdidos	Sistema	89	75,4		
Total		118	100,0		

La Tabla 38 informa sobre antecedentes familiares de los menores a nivel psicosocial. En el 76,3% de los casos, los menores presentaron antecedentes psicosociales significativos en sus familias. Tales antecedentes se desglosan en las subsiguientes tablas (de la 38 a la 46). Las familias que presentaron antecedentes

significativos podrían presentar uno o varios antecedentes, por lo que podrían estar representadas en varias de las tablas que informan sobre tales antecedentes.

Tabla 38 – *Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes familiares.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	28	23,7	23,7	23,7
	Sí	90	76,3	76,3	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

Tal como puede observarse en la Tabla 39, el 30,5% del total de los menores que compusieron la muestra del estudio, presentaban antecedentes familiares relacionados con problemas de salud mental. De la submuestra de menores con antecedentes psicosociales significativos a nivel familiar, representan el 40% de este subgrupo.

Tabla 39 – *Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes familiares de salud mental.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	54	45,8	60,0	60,0
	Sí	36	30,5	40,0	100,0
	Total	90	76,3	100,0	
Perdidos	Sistema	28	23,7		
Total		118	100,0		

En base a los resultados reflejados en la Tabla 40 el 39% del total de los menores que compusieron la muestra del estudio, presentaban antecedentes familiares relacionados con problemas consumo de drogas (principalmente en sus padres). De la submuestra de menores con antecedentes psicosociales significativos a nivel familiar, representan el 51,1% de este subgrupo.

Tabla 40 – *Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes familiares de consumo de alcohol y/o drogas.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	44	37,3	48,9	48,9
	Sí	46	39,0	51,1	100,0
	Total	90	76,3	100,0	
Perdidos	Sistema	28	23,7		
Total		118	100,0		

En base a los resultados contenidos en la Tabla 41, únicamente en un caso se informó sobre antecedentes familiares de bajo Coeficiente Intelectual.

Tabla 41 – *Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes familiares de déficit intelectual.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	89	75,4	98,9	98,9
	Sí	1	,8	1,1	100,0
	Total	90	76,3	100,0	
Perdidos	Sistema	28	23,7		
Total		118	100,0		

Tal como se informa en la Tabla 42, en el 16,9% de los menores la figura paterna estaba ausente ya fuera por fallecimiento o por no haberle llegado a conocer por divorcio o separación de la madre con respecto al padre cuando ésta se encontraba en cita o al poco tiempo de nacer el menor. Esto supone un 22,2% de los menores en los que se constataron antecedentes psicosociales significativos a nivel familiar.

Tabla 42 – *Estadísticos descriptivos para la variable ausencia de figura paterna.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	70	59,3	77,8	77,8
	Sí	20	16,9	22,2	100,0
	Total	90	76,3	100,0	
Perdidos	Sistema	28	23,7		
Total		118	100,0		

En la Tabla 43 se refleja que en el 9,3% de los menores la figura materna estaba ausente ya fuera por fallecimiento o por no haberle llegado a conocer por divorcio o separación del padre con respecto a la madre cuando el menor era muy pequeño, no contando con un vínculo primario o ni siquiera un recuerdo sobre su madre. Esto supone un 12,2% de los menores en los que se constataron antecedentes psicosociales significativos a nivel familiar.

Tabla 43 – *Estadísticos descriptivos para la variable ausencia de figura materna.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	79	66,9	87,8	87,8
	Sí	11	9,3	12,2	100,0
	Total	90	76,3	100,0	
Perdidos	Sistema	28	23,7		
Total		118	100,0		

Tal como se informa en la Tabla 44, en el 36,4% de los casos se habían producido situaciones de malos tratos en el ámbito familiar (ya fuera entre los progenitores del menor o en las familias de origen de cada uno de los progenitores). Esto representa un 48,3% del grupo de menores con antecedentes familiares significativos.

Tabla 44 – *Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes familiares de malos tratos.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	46	39,0	51,7	51,7
	Sí	43	36,4	48,3	100,0
	Total	89	75,4	100,0	
Perdidos	Sistema	29	24,6		
Total		118	100,0		

En el 28,8% de los casos los menores contaban con dinámicas disfuncionales a nivel familiar, con roles difusos en la estructura familiar, problemas en las relaciones familiares, etc. Ello representa un 37,8% de los menores con antecedentes psicosociales significativos a nivel familiar. (Tabla 45).

Tabla 45 – *Estadísticos descriptivos para la variable dinámica familiar disfuncional.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	56	47,5	62,2	62,2
	Sí	34	28,8	37,8	100,0
	Total	90	76,3	100,0	
Perdidos	Sistema	28	23,7		
Total		118	100,0		

En el 22% de la muestra alguno de los progenitores o familiares cercanos del menor informaron contar con antecedentes penales. Esto supone casi un 30% de los menores con antecedentes psicosociales significativos a nivel familiar (Tabla 46).

Tabla 46 – *Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes penales en la familia.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	64	54,2	71,1	71,1
	Sí	26	22,0	28,9	100,0
	Total	90	76,3	100,0	
Perdidos	Sistema	28	23,7		
Total		118	100,0		

En el 17,8% de la muestra (23,3% de familias con antecedentes psicosociales significativos), presentaban una situación de pobreza o precariedad económica importante (Tabla 47).

Tabla 47– *Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes familiares de pobreza o precariedad económica.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	69	58,5	76,7	76,7
	Sí	21	17,8	23,3	100,0
	Total	90	76,3	100,0	
Perdidos	Sistema	28	23,7		
Total		118	100,0		

A pesar de no haberlo incluido dentro del grupo de las variables relacionadas con los antecedentes psicosociales significativos a nivel familiar, dada la importancia para el presente estudio, se consideró como una variable independiente, con entidad propia, los antecedentes de abuso sexual infantil a nivel familiar. La siguiente tabla (Tabla 48) informa sobre esta variable.

En el 34,7% de los sujetos de la muestra ($n= 41$), alguno de los progenitores informó que algún familiar de la familia nuclear o extensa del menor había sido víctima de abuso sexual en la infancia.

Tabla 48 – *Estadísticos descriptivos para la variable antecedentes de ASI en la familia.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	70	59,3	59,3	59,3
	Sí	41	34,7	34,7	94,1
	Se desconoce	7	5,9	5,9	100,0
	Total	118	100,0	100,0	

De entre las familias que informaron sobre antecedentes de abuso sexual infantil en algún familiar, el 61% informó que la víctima había sido algún componente de la familia nuclear del menor (algún hermano del menor, el padre o la madre) y en el 39% de los casos la víctima había sido algún familiar de la familia extensa (ej. un/-a tío/-a del menor o algún/-a primo/-a). (Tabla 49).

Tabla 49 – *Estadísticos descriptivos para la variable tipo de ASI en el entorno familiar.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En familia nuclear	25	21,2	61,0	61,0
	En familia extensa	16	13,6	39,0	100,0
	Total	41	34,7	100,0	
Perdidos	Sistema	77	65,3		
Total		118	100,0		

Como dato significativo a nivel legal, la Tabla 50 informa que, entre los casos denunciados y que se conocía que tenían un procedimiento judicial en curso, en el 29,3% de los casos se había dictado una orden de protección para el menor (orden de alejamiento por parte del supuesto agresor hacia el menor).

Tabla 50 – *Estadísticos descriptivos para la variable orden de alejamiento.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	60	50,8	65,2	65,2
	Sí	27	22,9	29,3	94,6
	Se desconoce	5	4,2	5,4	100,0
	Total	92	78,0	100,0	
Perdidos	Sistema	26	22,0		
Total		118	100,0		

Otro dato relevante a nivel legal a destacar es el aportado por la Tabla 51, en la que se indica que entre los casos denunciados y sobre los que se conocía sobre un procedimiento judicial en curso, en el 12% de los casos se había dictaminado prisión preventiva para el supuesto agresor.

Tabla 51 – *Estadísticos descriptivos para la variable causa con preso.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	80	67,8	87,0	87,0
	Sí	11	9,3	12,0	98,9
	NS/NC	1	,8	1,1	100,0
	Total	92	78,0	100,0	
Perdidos	Sistema	26	22,0		
Total		118	100,0		

Indicar que las dos últimas tablas sobre datos legales resultan de relevancia en el tema que nos ocupa en tanto en cuanto el hecho de que hayan medidas de este tipo (orden de alejamiento o prisión preventiva), aparte de resultar una variable que apoyaría la hipótesis de que no se trate de una falsa alegación sobre abuso sexual, son medidas de protección para la víctima que pueden redundar en su estado emocional al poder tener una mayor sensación de protección o seguridad.

6.4. Diseño

La presente investigación está basada en un diseño *ex post facto*, transversal y multivariante.

Se trata de un diseño experimental multivariado dado que en la investigación efectuada se han registrado más de dos variables dependientes de naturaleza cualitativamente distinta que, en su conjunto, representan un constructo teórico complejo. El diseño multivariado es una extensión de los diseños univariados. La diferencia reside en el proceso de estimación y ajuste de los parámetros, en el tipo de criterio estadístico empleado para la prueba de hipótesis que, en el diseño multivariado, es una función de una matriz de sumas de cuadrados asociadas y no asociadas al modelo propuesto. En el análisis multivariado se analizan simultáneamente un conjunto de datos multivariantes al haber varias variables medidas para cada sujeto objeto de estudio.

Entre las ventajas de las que disponen los diseños multivariados está el hecho de permitir llevar a cabo investigaciones más acordes con la complejidad del comportamiento humano, que permiten establecer relaciones complejas entre diferentes medidas o variables dependientes y, por tanto, proporcionan más información que las estructuras univariadas y, por último, que poseen mayor sensibilidad o potencia probatoria y mayor validez que los diseños univariados (Balluerka y Vergara, 2002).

En relación a la temporalidad del diseño, indicar que se trata de un diseño transversal, al recoger los datos de forma sincrónica, efectuando el estudio en un mismo momento temporal sobre unas variables dependientes determinadas en diferentes sujetos seleccionados. En concreto, nos encontramos ante un estudio transversal analítico, al valorarse en relación a la situación de haber sufrido una situación de abuso sexual infantil, las consecuencias psicopatológicas que ello ha conllevado para los menores víctimas. Tales consecuencias son informadas a través de los test psicométricos aplicados.

Por último, se trata de un diseño *ex post facto*, puesto que la medición efectuada o recogida de datos para la presente investigación se llevó a cabo tras el evento que se pretende estudiar, el abuso sexual infantil. Así, la medición sobre las consecuencias psicopatológicas se lleva a cabo una vez ya ha acontecido el episodio abusivo. En este caso, los valores de la variable independiente (abuso sexual) ya vienen

dados, sin que pueda darse una manipulación intencional de dicha variable. Este tipo de diseño resulta útil en el caso que nos ocupa al tratarse de una investigación aplicada, por lo que el presente diseño ofrece una mayor validez ecológica.

6.5. Instrumentos de medida.

Para la presente investigación se elaboró un protocolo de evaluación pensando en las características y especificidades de la problemática objeto de estudio. El protocolo se forma tanto de pruebas psicométricas que pretenden valorar un amplio espectro de síntomas en los niños y adolescentes (pruebas de adaptación general), así como pruebas más específicas relacionadas con la sintomatología postraumática en niños y adolescentes.

Las pruebas Child Behaviour Checklist - CBCL y Youth Self Report - YSR se seleccionaron como pruebas de referencia en el estudio de la clínica infantil, siendo pruebas ampliamente empleadas tanto en el ámbito clínico como en la investigación. Tal y como se ha llegado a indicar, *“parece que las escalas de la serie Child Behaviour Checklist de Achenbach son las más desarrolladas y estandarizadas, permitiendo valorar una amplia gama psicopatológica (...) El CBCL es uno de los instrumentos más cuidadosamente validados, sus versiones en función de la edad (...) así como la posibilidad de comparar la información de diversos informantes lo hacen especialmente apto como instrumento de screening y para la investigación en la psicopatología infantil”* (Sardinero, Pedreira y Muñiz, 1997, p.6). La CBCL ha sido empleada habitualmente en el ámbito clínico e investigador en casos de niños víctimas de abuso o expuestos a violencia de género (Wherry, Graves y King, 2008 y Wherry, Corson y Hunsaker, 2013). Ambas pruebas son dos de los instrumentos más reconocidos y utilizados para la valoración de problemas de comportamiento (Walrath, Ybarra, Holden, Liao, Santiago y Leaf, 2003). Dichas pruebas han sido adaptadas en población española, tanto la CBCL (Sardinero, Pedreira y Muñiz, 1997), como la YSR (Lemos, Vallejo y Sandoval, 2002). Ambas pruebas cuentan con un importante sustento científico. Dichas pruebas psicométricas han sido traducidas a más de 50 idiomas (Achenbach y Rescorla, 2001). Así el protocolo ASEBA (del que forman parte la CBCL y la YSR), han dado lugar a más de 6500 publicaciones en todo el mundo (Lacalle, 2009). La incorporación de las pruebas CBCL e YSR permiten valorar la validez de constructo con respecto a las pruebas a validar, la TSCC y la TSCYC.

La elección de las pruebas TSCC y TSCYC para su adaptación psicométrica se debe a que posiblemente éstas sean las pruebas más empleadas en el estudio y valoración de las consecuencias psicopatológicas de los menores víctimas de abuso sexual y otro tipo de victimizaciones, especialmente en la cultura anglosajona, al ser ambas pruebas publicadas en inglés en su versión original. Recordar en este sentido, que en los modelos americanos “NCAC Model” y “FAC Model”, para la valoración y atención de menores víctimas (modelos ya abordados anteriormente), incorporan el uso de ambas pruebas psicométricas en el proceso de evaluación psicopatológica. Destacar también que tales pruebas psicométricas (TSCC y TSCYC) han sido traducidas y adaptadas en otros idiomas y culturas. En el caso de la TSCC se pueden destacar las adaptaciones efectuadas en: Corea (Chung, 2014), Irán (Mohammadkhani, et al., 2007) Suecia (Nilsson et. al, 2008) China (Li et al., 2009) o Canadá (Wright et al., 1998). Por su lado el TSCYC también ha sido adaptado en algunos países como Suecia (Nilsson et al., 2012) o Corea (Bae et al., 2015). Hasta la fecha no se ha efectuado una adaptación psicométrica en España, a pesar de haberse realizado una adaptación al español con población hispana en Estados Unidos (Wherry et al., 2014). Las pruebas TSCC y TSCYC resultan de gran valor por distintos motivos:

- Resultan ser pruebas psicométricas que abordan la evaluación de varias áreas psicopatológicas o sintomatológicas propias de la victimización infantil, sin caer en resultar una prueba de excesivo poco alcance al resultar extremadamente específica como podría ser la Child Sexual Behavior Inventory (Friedrich, 1997) o de excesivo amplio rango, tal como pueden ser las pruebas del protocolo ASEBA de Achenbach.
- Incorpora una escala específica sobre cuestiones relativas a la sexualidad, siendo ésta útil para la población de estudio.
- Incorpora escalas de validez o control, resultando de vital importancia disponer en las pruebas psicométricas aplicadas en un contexto forense, la posibilidad de poder valorar, de algún modo la posibilidad de manipular las respuestas, simular o sobresimular. Así dichas pruebas resultarían de utilidad tanto en el contexto clínico como en el forense.

Puesto que, como se ha indicado ya con anterioridad, el apoyo y reacción emocional del entorno familiar del menor resulta un factor clave en las posibles consecuencias psicopatológicas presentadas en los niños, se optó también por incorporar una prueba que abordara esta área: el Parent Emotional Reaction Questionnaire - PERQ (Cohen y Mannarino, 1996).

Dada la reconocida labor efectuada por parte de Finkelhor en el ámbito de la victimización infantil y la utilidad de sus investigaciones acerca de la victimización del desarrollo y la polivictimización, se optó por incorporar una prueba de valoración de la victimización infantil diseñada por el mismo autor, el Juvenile Victimization Questionnaire – JVQ (Hamby, Finkelhor, Ormrod y Turner, 2006), en su versión en español. Dado que algunas víctimas de abuso sexual han sufrido varios tipos de maltrato y situaciones adversas, una evaluación extensa sobre eventos vitales adversos resulta importante para conocer los factores que pueden estar contribuyendo en el ajuste psicológico de los menores.

También se incorporaron pruebas para la valoración de la disociación, una prueba tipo autoinforme (A-DES) y otra tipo heteroaplicada (CDC), teniendo ambas pruebas una perspectiva dimensional para la valoración de la disociación. Se optó por la incorporación de ambas pruebas para facilitar la detección de síntomas disociativos, puesto éstos presentan una especial dificultad en su detección en el caso de menores, dado que ellos por sí mismos, dependiendo de la edad que presenten y su nivel de desarrollo cognitivo, mostrarán dificultades para describir e informar sobre experiencias disociativas. Por su parte, los padres también presentan dificultades para informar sobre sintomatología disociativa al ser algunos de los síntomas difícilmente observables en muchas ocasiones, al ser muchas de las experiencias disociativas de tipo internalizante y poco evidentes a simple vista. El interés por valorar sintomatología disociativa se debe por el presupuesto de que los menores, al disponer de menores recursos psicológicos para tramitar una experiencia desagradable o traumática, recurrirán a recursos o mecanismos de afrontamiento más primitivos o primarios tal como pueden ser los de tipo disociativo. Por otra parte, se ha llegado a indicar que se cree que la disociación parece tener sus raíces en traumas tempranos en la infancia, particularmente el abuso sexual, el maltrato físico y la negligencia (Briere y Runtz, 1989, Chu y Dill, 1990; Hornstein y Putnam, 1992; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson y Egeland, 1997; Sanders y Giolas, 1991; Yeager y Lewis, 1996, en Wolfe, 2007). En un estudio

metaanalítico se observó una fuerte relación entre el abuso sexual y los síntomas disociativos, con un tamaño de efecto de 0,42 (van Ijzendoorn y Schuengel, 1996, en Wolfe, 2007). Se ha llegado a indicar también que una combinación de medidas de disociación general y disociación peritraumática resulta útil para predecir el subsiguiente desarrollo de un posible trastorno de estrés postraumático (Marmar et al., 1994, en Armstrong et al., 1997)

Finalmente se incorpora una entrevista semiestructurada creada específicamente para la presente investigación que tiene por finalidad, recabar información descriptiva de la muestra.

A continuación pasan a describirse las distintas pruebas empleadas en la investigación:

a. Trauma Symptom Checklist for Children – TSCC (Briere, 1996).

Se trata de un cuestionario autoaplicado orientado a medir sintomatología postraumática. Fue diseñado para usarlo en la evaluación de menores que hayan experimentado eventos traumáticos tales como abuso sexual, maltrato físico, victimización entre iguales, ser testigo de violencia ejercida por otras personas del entorno y víctima de desastres naturales.

Se forma por un total de 54 ítems en escala tipo Likert de 4 puntos (0 nunca, 3 casi siempre) orientado a menores de entre 8 y 16 años. El autor indica que puede ser también empleado con menores de 17 años con la precaución de que el lenguaje empleado para la redacción de los ítems puede ser especialmente simple en estas edades.

El TSCC cuenta con un total de seis escalas clínicas, a saber: ansiedad, depresión, estrés post-traumático, disociación (con dos subescalas: fantasía disociativa y disociación abierta), ira y preocupaciones sexuales (con dos subescalas: preocupaciones y distress). Cuenta también con ocho ítems críticos que pretenden explorar situaciones que puedan requerir de seguimiento clínico tal como ideas o intentos de suicidio.

Los resultados de la prueba se expresan tanto en puntuaciones directas como en puntuaciones T estandarizadas. Puntuaciones T iguales o mayores a 70 resultarán clínicamente significativas.

Aquellos protocolos con puntuaciones T igual o mayores a 70 en la escala de validez “Infrarrespuesta – UND”, se considerarán inválidos, puesto que ello informa sobre una disimulación o minimización de sintomatología. También resultarán inválidos aquellos que presenten puntuaciones T iguales o mayores de 90, al apuntar hacia un intento por parte del menor de mostrar un especial distress o mostrarse especialmente disfuncional.

Aquellas escalas con tres o más ítems en blanco no podrán ser interpretadas.

La consistencia interna de los ítems en las escalas es elevada en cinco de las seis escalas, obteniéndose valores alfa en un rango de entre .82 y .89. En la escala sobre preocupaciones sexuales, el alfa de Cronbach obtenido para la consistencia interna de los ítems fue de .77. En relación a las subescalas disponibles en disociación y preocupaciones sexuales, se obtuvieron valores alfa de .81 en “DIS-O” (Disociación Manifiesta) y en SC-P (Preocupaciones Sexuales – Preocupaciones); en las subescalas DIS-F (Fantasía Disociativa) y SC-D (Preocupaciones Sexuales-Distress) se obtuvieron valores alfa de .58 y .64 respectivamente. Las escalas de validez “UND” (Infrarrespuesta) y “HYP” (Hiperrespuesta) obtuvieron valores alfa de .85 y .66 respectivamente. La prueba parece contar con una adecuada validez convergente y discriminante con respecto a estudios efectuados mediante las pruebas CBCL e YSR de Achenbach (Briere y Lanktree, 1995, en Briere 1996), y con respecto al Children’s Depression Inventory (CDI) y la Revised Children’s Manifest Anxiety Scale (RCMAS) (Evans et al., 1994, en Briere, 1996).

La prueba cuenta también con una adecuada validez de constructo. Se ha demostrado que los menores expuestos a violencia reportaron mayores varianzas en todas las escalas del TSCC-A (versión del TSCC que no incorpora los ítems de la escala Preocupaciones Sexuales) (Singer et al., 1995, en Briere, 1996). En otra investigación (Evans et. al, 1994, en Briere, 1996), se determinó que el TSCC-A predijo mejor que las pruebas CDI y RCMAS la presencia de eventos vitales estresantes en los menores. En otro estudio (Elliott y Briere, 1994, en Briere, 1996) se encontró que los niños y niñas víctimas de abuso sexual obtuvieron

mayores puntuaciones en las escalas del TSCC que aquellos que no presentaban antecedentes de abuso sexual. En dicha investigación, aquellos menores víctimas de abuso sexual que habían informado sobre tal situación, proporcionaron mayores puntuaciones en el TSCC en comparación con aquellos menores que, a pesar de haber pruebas que demostraron la existencia de abusos sexuales (ej. claros indicios médicos o autoinculpación de acusado), no habían informado ellos mismos de tal situación. Finalmente, en otra investigación (Elliott et al., 1995, en Briere, 1996) se observó que los menores víctimas de abuso sexual obtuvieron puntuaciones significativas en todas las escalas del TSCC excepto en la escala de Ira (ANG), mientras que los menores víctimas de maltrato físico obtuvieron puntuaciones significativas en todas las escalas a excepción de la escala de Preocupaciones Sexuales (Sexual Concerns – SC) y los menores en situación de negligencia obtuvieron puntuaciones significativas en las escalas de Depresión (DEP) y Disociación (DIS). Otras investigaciones (Cohen y Mannarino, 1992, en Briere, 1996) detectaron un decremento en las puntuaciones de 5 de las 6 escalas del TSCC (Ansiedad, Estrés Postraumático, Preocupaciones Sexuales, Disociación e Ira) en un grupo de menores ($n=20$), que habían recibido 12 sesiones de terapia grupal. Finalmente, otros estudios demostraron que una mayor gravedad de la situación traumática (ej. abuso sexual con penetración) se relacionaba con mayores puntuaciones en las escalas del TSCC (Smith et al., 1994, en Briere, 1996 y Briere y Lanktree, 1995, en Briere, 1996).

En relación a la validez discriminante, (Díaz, 1994, en Briere, 1996) se encontró que las escalas Estrés Postraumático, Depresión y Ansiedad del TSCC fueron escalas con un potente valor discriminante entre los menores víctimas de abuso y los no abusados en una muestra de 151 menores no abusados y 81 víctimas de abuso sexual. Las escalas Estrés Postraumático y Depresión presentaron mayor poder discriminante que la YSR y la escala de autoestima de Rosenberg.

A pesar de que la prueba cuenta con una versión traducida al español, distribuida por PAR (Psychological Assessment Resources Inc.), dicha traducción está realizado por un equipo de habla hispana, en español

latinoamericano, por lo que, dadas las diferencias de dialectos, para la presente investigación se llevó a cabo una traducción y retrotraducción del inglés-español y español-inglés.

b. Trauma Symptom Checklist for Young Children – TSCYC (Briere, 2005).

Se trata de una prueba heteroaplicada, dirigida a los padres con el fin de informar acerca de la sintomatología observada en sus hijos de entre 3 y 12 años. El TSCYC se creó con el fin de que hubiera una prueba estandarizada, dirigida a los padres, que valorara específicamente síntomas postraumáticos y dificultades relacionadas con respecto a los niños. La prueba consta de 90 ítems diseñados como escala tipo Likert de 4 puntos (1 – nunca; 4 – con mucha frecuencia), según la frecuencia con la que el progenitor haya observado en su hijo la situación planteada en el último mes. La prueba ofrece dos escalas de validez de las respuestas que pretenden medir la maximización de sintomatología informada (Respuestas Atípicas) y minimización de respuestas o disimulación de síntomas (Nivel de Respuestas).

La prueba ofrece información sobre un total de 8 escalas: Estrés Postraumático – Intrusión (PTS-I), Estrés Postraumático – Evitación (PTS-AV), Estrés Postraumático – Arousal (activación) (PTS-AR), Preocupaciones Sexuales (SC), Disociación (DIS), Ansiedad (ANX), Depresión (DEP) e Ira/Agresividad (ANG). La prueba también dispone de una escala sumatoria sobre el total de estrés postraumático (PTS-TOTAL).

Las puntuaciones se calculan tanto de forma directa como de forma estandarizada, mediante puntuaciones T.

En cuanto a la fiabilidad, los valores alfa de Cronbach, para el cálculo de la consistencia interna, obtenidos en las distintas escalas en base a la muestra de validación de la prueba original, se encuentran en un rango de entre .73 y .93. La fiabilidad test-retest obtuvo valores para la correlación de Pearson de entre .68 y .96 en las distintas escalas, con un promedio global de .88, lo que informa sobre una buena estabilidad temporal.

La prueba ha mostrado tener una adecuada validez discriminante, predictiva y de constructo.

Distintos modos de trauma o victimización se asociaron con distintas escalas de TSCYC. Los menores víctimas de abuso sexual obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en las escalas Estrés Postraumático-Intrusión, Estrés Postraumático-Evitación, Estrés Postraumático-Total y las escalas sobre Preocupaciones Sexuales; los menores víctimas de malos tratos físicos obtuvieron puntuaciones más elevadas en las escalas de Estrés Postraumático-Intrusión, Estrés Postraumático-Arousal, Estrés Postraumático-Total y Disociación, mientras que los menores testigos de violencia puntuaron más alto en Estrés Postraumático-Intrusión, Estrés Postraumático-Arousal, Estrés Postraumático-Evitación y Estrés Postraumático-Total, mostrando una relación negativa con las puntuaciones de la escala Preocupaciones Sexuales.

En algunos estudios (Gilbert, 2003, en Briere, 2005), las puntuaciones obtenidas en el TSCYC fueron capaces de predecir el 75,6% de los casos de menores víctimas de abuso sexual y el 86,7% de menores no abusados sexualmente de una muestra compuesta por 45 menores víctimas de abuso y 45 menores sin tales antecedentes abusivos. En otro estudio del mismo autor con una muestra de 339 menores víctimas y 45 menores no víctimas, las puntuaciones obtenidas en el TSCYC pudieron predecir el 96,4% de menores víctimas de abuso y el 28,8% de menores no víctimas. La prueba mostró una adecuada validez concurrente (correlaciones de entre .55 hasta .82) con respecto a las pruebas CBCL, CSBI y CDC (Gilbert, 2003, en Briere, 2005). Especialmente, las escalas Ansiedad y Depresión correlacionaron con la escala Ansiedad/Depresión de la CBCL. La escala Ira del TSCYC obtuvo elevadas correlaciones con la escala de Agresividad de la CBCL. La escala Disociación del TSCYC correlacionó con las puntuaciones obtenidas en la CDC y la escala Preocupaciones Sexuales del TSCYC obtuvo correlaciones significativas con el CSBI.

En relación a la validez discriminante, se constató una elevada validez discriminante entre el TSCYC y el TSCC, presentándose correlaciones en un rango de entre .12 y .40 (Gilbert, 2003, en Briere, 2005).

La prueba cuenta con un estudio (Gale, 2008) en el que se efectuó la traducción al español para población hispano-parlante de Estados Unidos (población de origen mejicano) y se estudiaron sus propiedades psicométricas de fiabilidad y validez. Los coeficientes de fiabilidad para las escalas de la versión en español del TSCYC se encontraron en un rango de entre .64 (para la escala de Preocupaciones Sexuales) a .88 (para la escala Estrés Postraumático-Total). Los coeficientes de correlación interclase entre la versión en inglés y en español fueron de entre .78 (en la escala de preocupaciones sexuales) hasta .90 (en la escala Estrés Postraumático-Intrusión). Se obtuvo una puntuación media en los coeficientes de correlación interclase de .87; el 76% de la varianza fue explicada en ambas versiones de la prueba. La validez convergente en todas las escalas de la versión en español del TSCYC correlacionó de forma significativa con el hecho de presentar antecedentes traumáticos en los niños a excepción de las escalas Ansiedad, Ira y las dos escalas de validez. En otro estudio sobre la versión en español de la prueba TSCYC (Wherry et al., 2014) efectuado con población hispano-parlante de Texas (EE.UU.), se obtuvieron valores de alfa de Cronbach para la consistencia interna de la prueba de entre .93 (para la escala de disociación) y .67 (Estrés Postraumático-Arousal), para las escalas clínicas. En cambio, para las escalas de validez se obtuvieron valores alfa de .80 en la escala sobre el Nivel de Respuesta (Response Level) y .48 para la de Respuestas Atípicas (Atypical Response). En relación a la validez convergente, se calcularon correlaciones de Pearson con respecto a la prueba CBCL, obteniéndose correlaciones de entre .47 y .80. se obtuvieron correlaciones elevadas entre las escalas del TSCYC y la CBCL de Ansiedad y Ansiedad/Depresión, Depresión y Ansiedad/Depresión, así como también con la escala Aislamiento de la CBCL, Ira/Agresividad y Comportamiento Delictivo así como también con la escala de Agresividad, entre Disociación y las escalas Problemas Atencionales y de Pensamiento de la CBCL.

La empresa distribuidora de la prueba cuenta con una versión en español del cuestionario. A pesar de ello, dadas las diferencias de dialecto en el que está traducida la prueba (español de Latinoamérica), para la presente investigación se llevó a cabo una traducción y retrotraducción de la prueba original al español de España.

c. Juvenile Victimization Questionnaire – JVQ – Spanish Version (Hamby, Finkelhor, Ormrod y Turner, 2006).

Se trata de una herramienta que ha sido publicada en varias modalidades: entrevista semiestructurada, administrada por el psicólogo a menores a partir de 8 años, prueba psicométrica autoadministrada por menores a partir de 12 años y prueba psicométrica y entrevista heteroaplicada por padres de niños menores de 8 años.

En la presente investigación se ha hecho uso de la versión autoadministrada traducida al español que, de forma multidimensional, de un modo comprensivo y desde la perspectiva de la victimología del desarrollo, valora un amplio rango de experiencias victimizantes.

El JVQ (versión autoadministrada) es aplicable a menores a partir de 12 años de edad. Se compone de un total de 34 ítems es escala tipo Likert de 6 puntos que el sujeto deberá responder según la frecuencia en la que se vio implicado en la situación victimizante planteada en el ítem.

Los distintos ítems exploran cinco áreas de interés: crímenes convencionales, maltrato infantil, victimización entre hermanos o entre iguales, victimización sexual y por último, ser víctima indirecta o testigo de situaciones victimizantes.

Cada una de las áreas forma un módulo, el cual puede ser empleado de forma individualizada para valoraciones más específicas, aunque resulta recomendable administrar la prueba completa.

Los ítems de la prueba original preguntan sobre situaciones victimizantes en el último año. A pesar de ello, tal como indican los autores de la prueba “*el instrumento puede ser adaptado para obtener una perspectiva vital*” (Finkelhor et al., 2005, p.385). Tal adaptación se efectuó en el presente estudio, por lo que se recabó información sobre la historia vital de situaciones victimizantes de los menores participantes. Asimismo, se

efectuó una distinción en la prueba para recabar también la historia de victimización desde la situación de abuso sexual sufrida por la que el menor estaba siendo atendido hasta el momento de la aplicación de la prueba, por lo que los menores aportaron doble respuesta a cada ítem (una para cada periodo temporal: historia vital y desde la situación abusiva hasta la actualidad).

El JVQ mostró una adecuada validez de constructo, medida con respecto al TSCC y el TSCYC, mostrando correlaciones moderadas en prácticamente todos los ítems. Los autores informan que los ítems con correlaciones más bajas fueron precisamente los que reflejaban situaciones victimizantes poco representadas en la muestra (testigo de asesinato o exposición a situaciones bélicas, guerras o conflictos armados). La fiabilidad promedia test-retest, obtenida en la versión autoaplicada del JVQ, mediante el cálculo de valores Kappa de fue de .63 (en un rango de puntuaciones de entre .22 y 1). La consistencia interna del JVQ calculada mediante el alfa de Cronbach aportó valores de entre .35 y .64 en las distintas áreas que conforman la prueba y de .80 para el total de la prueba.

La prueba está disponible en español aunque no está adaptada psicométricamente a población española.

d. Parent Emotional Reaction Questionnaire – PERQ (Cohen y Mannarino, 1996)

Se trata de un cuestionario compuesto por 15 ítems de escala Likert de 5 puntos (1 – Nunca, 5 – siempre), para que el sujeto responda cada ítem según la frecuencia en la que le haya ocurrido la situación planteada en las dos últimas semanas. La prueba valora las reacciones emocionales de los padres ante el abuso sexual de sus hijos tales como el miedo, tristeza, culpa, ira, vergüenza, arrepentimiento y preocupaciones emocionales. En tanto en cuanto más alta es la puntuación total del PERQ, más intensa y severa es la reacción emocional de los padres ante el abuso.

En otros estudios posteriores (Holt et al., 2014), la prueba mostró una estructura de tres factores: el PERQdistress, el PERQculpa y el PERQpena, mostrando una adecuada consistencia interna cada una de las

escalas: PERQdistress alfa de Cronbach de .85, PERQculpa alfa de .81 y PERQpena con un alfa de .71.

La consistencia interna de la prueba original es de .87 y la fiabilidad test-retest, calculada en un periodo de dos semanas, fue de .90.

En otra investigación (Mannarino y Cohen, 1996) se determinó que las puntuaciones obtenidas en el PERQ se correlacionaban con las conductas sexuales observadas por los padres sobre sus hijos al aplicar el cuestionario “Child Sexual Behavior Inventory”, obteniéndose una correlación de $r=.21$, así como también se correlacionaban con las puntuaciones totales del CBCL ($r=.21$), así como con la escala de problemas externalizantes del CBCL ($r=.20$) y la escala de problemas internalizantes ($r=.20$).

Por otra parte, también se han encontrado correlaciones significativas entre las puntuaciones del PERQ y la puntuación total de la CBCL ($r=.48$), la escala de problemas internalizantes ($r=.43$) y externalizantes ($r=.38$) de la CBCL.

El PERQ ha demostrado ser una medida sensible al cambio terapéutico en un estudio con menores en tratamiento con terapia focal CBT (Cohen, Deblinger, Mannarino y Steer, 2004). En otro estudio también se detectaron correlaciones significativas entre la escala de la CBCL sobre competencias sociales y una correlación negativa entre las puntuaciones del PERQ y las obtenidas en el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños (STAI-C) (Cohen y Mannarino, 2000).

El PERQ dispone de traducción al español (Márquez, 2006), aunque no dispone de adaptación psicométrica en población española.

e. Child Behaviour Checklist - CBCL (Achenbach y Rescorla, 2001).

Se trata de un cuestionario dirigido a los padres o cuidadores con hijos de entre 6 y 18 años. Consta de un total de 120 ítems que pretenden evaluar problemas conductuales, emocionales y sociales que los padres deberán responder en base a los últimos 6 meses. Son ítems con respuesta de escala Likert de tres puntos (0-no es cierto, 1-algo, algunas veces cierto, 2-cierto muy a menudo o bastante a menudo). La prueba también recaba

información sobre cuestiones demográficas, enfermedades o discapacidades del menor, preocupaciones sobre el menor, aspectos positivos, competencias sociales, escolares y sobre otras actividades.

La prueba presenta una perspectiva dimensional y los ítems evalúan ocho síndromes: ansiedad/depresión, aislamiento, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta delictiva o antisocial, y conducta agresiva. Tales escalas de banda estrecha se pueden agrupar en dos escalas de banda ancha (problemas internalizantes y problemas externalizantes).

La consistencia interna obtenida ha sido de .81 en el caso de las respuestas ofrecidas por las madres y de .76 para las respuestas ofrecidas por los padres (Clarke et al., 1992).

La fiabilidad test-retest en un periodo de una semana fue de .87 en las escalas de competencia y de .89 para las escalas de problemas de comportamiento. Las correlaciones entre ambas aplicaciones fueron de entre .80 y .90 a excepción de la escala de aislamiento en el caso de los chicos, con una correlación de .75 y de la escala de problemas de pensamiento en el caso de las chicas, que presentó una correlación de .63 (Achenbach, 1991b). En otro estudio en el que se estudió la fiabilidad test-retest en un periodo de un año, se obtuvo una correlación de .62 en las escalas de competencia y de .75 en la de problemas de comportamiento y de .56 para las escalas de competencia y de .71 en las de problemas de comportamiento en un periodo de 2 años (Achenbach et al., 1990). En otro estudio (Clarke et al., 1992) se obtuvieron correlaciones en la fiabilidad test-retest, en un periodo de más de 13 meses, de .57 en las respuestas ofrecidas por los padres y de .20 en las respuestas reportadas por las madres.

En relación a la validez de constructo, se obtuvieron correlaciones de entre .59 y .86 entre las escalas de la escala de Conners (1973) y la CBCL (Achenbach, 1991). En otra investigación (Clarke et al., 1992) se obtuvieron correlaciones de .33 entre la CBCL y el BDI en relación a las respuestas ofrecidas por las madres y de .30 entre la CBCL y la escala de depresión de Hamilton, también respecto a las respuestas ofrecidas por las madres. En relación a las respuestas de los padres se obtuvieron

correlaciones de .24 entre la CBCL y el BDI y de .18 entre la CBCL y la escala de depresión de Hamilton.

Por otra parte, las correlaciones obtenidas entre la CBCL y la YSR fueron de .43 entre las respuestas ofrecidas por las madres y sus hijos, de .53 entre las respuestas ofrecidas por padres y madres y de .29 entre las respuestas ofrecidas por los padres y sus hijos (Clarke et al., 1992).

Las escalas DSM permiten un diagnóstico clínico orientativo en base a los criterios clínicos establecidos en el DSM-IV. Dichas escalas presentan una adecuada consistencia interna, con valores de entre .72 y .91 en el coeficiente de alfa de Cronbach. La fiabilidad test-retest para las escalas DSM, calculada en un periodo de 8 días, fue menor que en las escalas empíricas (Achenbach y Rescorla, 2001).

La prueba también aporta un perfil sobre competencias sociales, escolares y de actividades.

La traducción española de la prueba empleada en la presente investigación ha sido la distribuida por la “Unitat d’Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament” de la Universidad Autònoma de Barcelona.

f. Youth Self Report - YSR (Achenbach y Rescorla, 2001).

Se trata de una forma paralela de la CBCL, estando basado en la misma estructura de éste. Está formado por 105 ítems sobre posibles problemas varios y 14 ítems de discapacidad social. La prueba evalúa competencias del menor, funcionamiento adaptativo y problemas conductuales, emocionales y sociales. Dispone de las siguientes escalas sobre síndromes empíricos: aislamiento, ansiedad/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta antisocial y conducta agresiva. Por otra parte, la prueba dispone de dos escalas de banda ancha (problemas internalizantes y problemas externalizantes).

La fiabilidad test-retest para la prueba con una diferencia de aplicación de una semana fue de entre .47 y .88 en las escalas sobre síndromes empíricos y de entre .67 y .90 para las escalas de banda ancha

(internalizantes – externalizantes). Para un periodo entre aplicaciones de 7 meses se obtuvieron coeficientes de entre .28 y .87 en las escalas de síndromes empíricos y de entre .43 y .58 en las escalas de banda ancha (Achenbach, 1991b). En otro estudio en el que se estudió la fiabilidad test-retest en un periodo de más de 13 meses obteniéndose una fiabilidad de .56 (Clarke et al., 1992).

Las correlaciones presentadas entre las versiones autoadministrada (YSR) y heteroaplicada por los progenitores (CBCL) (Achenbach, 1991b) fueron de .48 en el caso de los niños y de .44 en el caso de las niñas (con respecto a las respuestas proporcionadas por los padres) y de .55 en el caso de los niños y .57 en el caso de las niñas (con respecto a las puntuaciones ofrecidas por las madres).

La prueba ha mostrado una adecuada validez de constructo en distintos estudios. Se han obtenido correlaciones óptimas ($r = .57$) entre el YSR y el BDI de Beck (1961) y algo menores con la escala de Depresión de Hamilton (1960), obteniéndose una correlación de .46 (Clarke et al., 1992).

Lemos et al. (2002), tras un estudio sobre la estructura factorial del YSR en población española, determinaron la existencia de nueve síntomas de primer orden: depresión, agresividad verbal, conducta delictiva, trastornos de conducta, problemas de pensamiento, problemas de relación/aislamiento, quejas somáticas, búsqueda de atención y conducta fóbico-ansiosa, y dos factores de segundo orden: psicopatología internalizante y externalizante. Es en la estructura factorial de primer orden en la que se ha basado el presente estudio con respecto al uso de la YSR.

La consistencia interna de la prueba obtenido en un estudio con población española (Lozano y García, 2000) fue de un valor alfa de .91. En otro estudio español (Abad et al., 2000) se obtuvo una consistencia interna en las distintas escalas de banda estrecha de entre .43 y .84 en los chicos y de entre .38 y .82 en las chicas. Para las escalas internalizante y externalizante se obtuvieron alfas de Cronbach de entre .81 y .84 y de

entre .56 y .74 para las escalas de banda estrecha. El alfa de Cronbach para la puntuación total en otros estudios (Lemos et al., 1992) fue de .90.

La fiabilidad test-retest en un estudio español en el que se tomaron mediadas a las 3 semanas y, nuevamente, a los 5 semanas fue de .93 para la puntuación total de la prueba (Lemos et al, 1992).

En cuanto a la validez de constructo, en población española, se han efectuado estudios que arrojan datos sobre una adecuada validez. Las correlaciones obtenidas entre la YSR y el cuestionario CAQ (Kurg, 1989) en el caso de los niños fueron de entre .39 y .62 (correlaciones entre la puntuación total del YSR y 7 de las 12 escalas que componen la CAQ). Se presentaron también correlaciones de entre .36 y .47 entre la escala de rango ancho “internalización” del YSR y 8 de las escalas que componen el CAQ. Por otro lado, con respecto a la escala de rango ancho de la YSR “externalización” y 6 de las escalas del CAQ se obtuvieron correlaciones de entre .38 y .63. Con respecto a las niñas se obtuvieron correlaciones de entre .40 y .56 entre la escala de “internalización” de la YSR y 7 de las escalas del CAQ, en cambio la escala de “externalización” no correlacionó con ninguna de las escalas del CAQ. La escala total del YSR obtuvo correlaciones de entre .35 y .45 con respecto a 6 de las escalas que componen la CAQ (Abad et al., 2000).

Dispone también de escalas DSM que ayudan a orientarse hacia un posible diagnóstico basado en los criterios DSM-IV. Dichas escalas presentan una consistencia interna adecuada, al haberse obtenido valores en el coeficiente de alfa de Cronbach de entre .67 y .83. La fiabilidad test-retest, calculada en un periodo temporal de 8 días de diferencia, resultó ser inferior a las escalas empíricas de la prueba (Achenbach y Rescorla, 2001).

La traducción española de la prueba empleada en la presente investigación ha sido la distribuida por la “Unitat d’Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament” de la Universidad Autònoma de Barcelona.

g. Adolescent Dissociative Experiences Scale - A-DES (Armstrong, Putnam, Carlson, Libero y Smith, 1997).

Se trata de un cuestionario autoaplicado a menores de entre 11 y 17 años.

La prueba consta de 30 ítems con respuesta de escala tipo Likert de 10 puntos (1- nunca; 10 – siempre).

En base a la investigación original, los ítems pueden reducirse a cuatro factores: amnesia disociativa, absorción y entorno fantasioso, influencia pasiva, despersonalización y desrealización. Otros estudios más recientes (Farrington et al., 2001 y Muris et al., 2003, en Nilsson, 2007) han optado por una solución basada en un único factor.

La consistencia interna mediante el alfa de Cronbach para el total de la escala fue de .91 y, respecto a las subescalas originales, de entre .64 y .83.

La fiabilidad test-retest en un periodo de dos semanas fue de .77.

La prueba cuenta con una adecuada validez discriminante al ser capaz de discriminar entre los menores de una muestra, víctimas de abuso sexual y malos tratos físicos y otra muestra de menores no víctimas (Armstrong et al., 1997; Farrington et al., 2001; Svedin, Nilsson y Lindell, 2004, en Wolfe, 2007).

La escala dispone de traducción al español aunque no dispone de adaptación psicométrica en población española.

h. Child Dissociative Checklist - CDC (Putnam, 1990).

Es una medida de screening heteroaplicada a los padres de niños y adolescentes de 5 a 12 años, para valorar sintomatología disociativa. La escala está compuesta por un total de 20 ítems con respuesta tipo Likert de 0 a 2. Tras la suma de las puntuaciones obtenidas, si éstas son iguales o superiores a 12, resultan clínicamente significativas.

La consistencia interna de la prueba fue adecuada, obteniéndose un alfa de Cronbach de .91; la fiabilidad test-retest obtenida un periodo de un año fue de .84 en menores víctimas de abuso sexual y de .79 en un grupo control (Putnam, Helmers y Trichett, 1993, en Wolfe, 2007). La prueba cuenta con una adecuada validez discriminante. La puntuación total del CDC fue útil para discriminar entre menores maltratados y no

maltratados, y entre menores con trastorno de identidad disociativa, otros trastornos disociativos y menores de grupo control (Macfie et al., 2001; Putnam et al., 1993, en Wolfe, 2007). En otro estudio se encontró que los menores con antecedentes de abuso sexual obtuvieron puntuaciones hasta 8 veces mayores en el CDC (Collin-Vézima y Hébert, 2005, en Wolfe, 2007). Las mayores puntuaciones en la CDC se asociaron con una trayectoria más larga de abusos sexuales (Putnam y Peterson, 1994, en Wolfe, 2007). Las puntuaciones más elevadas en la CDC se han asociado a una menor edad del niño y dinámica familiar disfuncional (Ohan et al., 2002, en Wolfe, 2007).

La prueba se encuentra disponible en español aunque no dispone de adaptación psicométrica con población española.

i. Protocolo estructurado para la recogida de datos descriptivos de la muestra.

El protocolo estructurado fue diseñado específicamente para la presente investigación con el fin de recabar información significativa sobre cada uno de los sujetos participantes en el estudio. El protocolo tomó forma de entrevista semiestructurada, mediante la que se recaban datos significativos tales como el tiempo transcurrido desde la situación abusiva, la presencia o no de antecedentes psicopatológicos en el menor, existencia de antecedentes de abuso sexual en el entorno familiar, edad de la víctima y del supuesto agresor, relación entre los mismos, grado de supervisión del niño por parte de los progenitores, tipo de abuso y frecuencia, existencia de otras situaciones victimizantes, existencia de medidas judiciales de protección, estado del procedimiento judicial, etc. El diseño de la entrevista se inspiró en el sistema de clasificación de maltrato infantil (Barnett, Manly y Cicchetti, 1993), así como también se incorporaron aquellas variables que la investigación acerca del abuso sexual infantil ha puesto de manifiesto que resultan relevantes para su estudio y/o abordaje. Gran parte de las variables se han empleado en múltiples investigaciones, entre las que se puede destacar la llevada a cabo en nuestro país por parte de Alarcón et al. (2010), o han demostrado resultar de relevancia como factores de riesgo en relación al abuso sexual

infantil como se pone de manifiesto, por ejemplo, en la revisión sobre tales factores publicada por Catalán (2004) y recogidos en la Tabla 6 de la presente investigación.

6.6. Procedimiento

Inicialmente se efectuó una extensa y exhaustiva revisión bibliográfica a través de distintas revistas especializadas y varias bases de datos (PsycDoc, PsycArticles, PsycINFO, ProQuest, Psyke, Pubmed, Dialnet, SciELO, RedALyC, ScienceDirect, Psicothema, entre otros), así como mediante documentos en soporte papel. Para trabajos de difícil acceso o aún no publicados, se hizo uso del correo electrónico o de portales como “Research Gate” o “Linkedin” para solicitarlos a los propios autores. También se hizo uso de recursos como “Google Books” o “Google Académico”. La bibliografía recabada versa fundamentalmente sobre la victimización infantil y abuso sexual, las consecuencias psicopatológicas del abuso sexual, el proceso de evaluación psicológica y la valoración de menores víctimas de abuso sexual infantil. Fueron criterios de exclusión la variable temporal (se tomaron publicaciones a partir del año 2000), aunque posteriormente se flexibilizó dicho criterio para incorporar estudios originales básicos tales como los efectuados por Achenbach en los años '90 sobre la CBCL (siendo ésta una de las pruebas empleadas para la investigación) o los del propio autor de las pruebas a estandarizar; por ejemplo, el manual del TSCC es del año 1996. Otro criterio empleado fue el idioma de publicación, limitándonos únicamente a publicaciones efectuadas en español o en inglés.

Dada la extensión de la bibliografía recabada, se llevó a cabo un proceso de criba de la bibliografía encontrada y, paralelamente una búsqueda más concreta y en mayor profundidad sobre temas más específicos tales como protocolos de evaluación clínica y pruebas psicométricas para la valoración de la sintomatología. Dicha decisión vino dada por la multiplicidad de investigaciones llevadas a cabo en el área de la psicología forense sobre la entrevista investigativa, protocolos y/o técnicas de valoración de la credibilidad del testimonio de menores víctimas de abuso sexual, etc. De este modo, la investigación se centró más en los aspectos clínicos que, a su vez pueden ser también de interés para los profesionales que intervienen en la psicología forense (p.ej., para valorar las posibles secuelas o repercusiones psicopatológicas del delito en los menores). Fueron palabras clave para las búsquedas bibliográficas algunas

como: sexual abuse, child, assessment, protocol, testing, screening, scale, checklist, questionnaire, standardized, clinical, forensic, evaluation, measure, reliability, validity, psychometric, properties, psychopathology, victim, polyvictimization. También se emplearon palabras clave, como las anteriores, en español. En la búsqueda bibliográfica se emplearon también como palabras clave los nombres de los cuestionarios objeto de estudio (ya fueran los acrónimos TSCC y TSCYC o los nombres completos Trauma Symptom Checklist y Trauma Symptom Checklist for Young Children). Finalmente se hizo una búsqueda de artículos por nombres de autores reconocidos en el área de investigación tales como Briere (el autor de las pruebas TSCC y TSCYC), Elliott, Finkelhor, Putnam, Pereda, etc.

El estudio de la bibliografía recabada (efectuado fundamentalmente desde finales del 2012 hasta el primer trimestre de 2013, aunque posterior a dicha fecha se incorporó alguna publicación más actual) puso de manifiesto la relevancia científica que han adquirido las pruebas TSCC y TSCYC, a nivel internacional, en el área de estudio que nos ocupa.

A lo largo de parte del primer trimestre y el segundo trimestre de 2013 se diseñó el protocolo de valoración empleado en la presente investigación (descrito en el apartado anterior sobre “instrumentos de evaluación”). En este tiempo se contactó con los autores de las pruebas o editoriales distribuidoras con el fin de conseguir las pruebas seleccionadas para el estudio. En el caso del TSCC y TSCYC, la adquisición de las pruebas se retrasó hasta septiembre de 2013 al tener que solicitarlas a una editorial (Psychological Assessment Resources Inc. - PAR) situada en el estado de Florida, Estados Unidos, y tener que remitir por correo ordinario a España las pruebas y los manuales para profesionales.

A lo largo de parte del mes de septiembre y de octubre, se llevó a cabo la traducción y retrotraducción de los cuestionarios TSCC y TSCYC del inglés al español y del español al inglés. También se efectuó una revisión, aunque menos exhaustivamente, por limitaciones temporales, de las traducciones ya hechas al español de los cuestionarios JVQ y PERQ.

Desde el mes de octubre de 2013 hasta marzo de 2015 se llevó a cabo la recogida de muestra y el volcado de los datos a una base de datos diseñada en julio de 2014 basada en el programa estadístico de IBM SPSS®.

En el mes de abril de 2015 se llevaron a cabo los distintos análisis de los datos para la investigación, efectuándose el redactado del trabajo final entre los meses de abril y septiembre de 2015.

6.7. Análisis de datos

El análisis de los datos de la presente investigación se llevó a cabo a través de la aplicación informática de IBM® SPSS® Statistics, versión 22.

Con el fin de poder efectuar la adaptación psicométrica de las pruebas TSCC y TSCYC se llevaron a cabo los análisis de datos que pasan a exponerse a continuación:

- Análisis factorial exploratorio con el fin de conocer la estructura teórica subyacente de cada uno de los test (TSCC y TSCYC). El análisis factorial es una técnica de análisis multivariable que intenta identificar variables subyacentes, o factores, que expliquen la configuración de las correlaciones dentro de un conjunto de variables observadas. El análisis factorial se suele utilizar en la reducción de los datos para identificar un pequeño número de factores que explique la mayoría de la varianza observada en un número mayor de variables manifiestas. Así, se simplifica un amplio conjunto de variables en factores estructurales.

Los factores se extrajeron mediante el método de los componentes principales. Dicho método se utiliza para formar combinaciones lineales no correlacionadas de las variables observadas. El primer componente tiene la varianza máxima. Los componentes sucesivos explican progresivamente proporciones menores de la varianza y no están correlacionadas unas con otras. El análisis principal de las componentes se utiliza para obtener la solución factorial inicial.

También se efectuó una rotación de factores, realizándose una rotación de tipo ortogonal puesto que a través de la extracción de factores mediante el método de componentes principales no se proporcionaron matrices de cargas factoriales adecuadas para la interpretación. De este modo, a partir de la solución inicial, se obtuvieron unos factores cuya matriz de cargas factoriales resultan más fácilmente interpretables. La ventaja de la rotación ortogonal

es que se preserva la incorrelación entre los factores. Mediante este tipo de rotación, los factores extraídos son dependientes entre sí.

La rotación ortogonal se efectuó mediante el método Varimax para maximizar la varianza explicada. Dicho método minimiza el número de variables que tienen saturaciones altas en cada factor y simplifica la interpretación de los factores. Parte de la hipótesis de que si se logra aumentar la varianza de las cargas factoriales al cuadrado de cada factor consiguiendo que algunas de sus cargas factoriales tiendan a acercarse a uno mientras que otras se acerquen a cero, lo que se obtiene es una pertenencia más clara e inteligible de cada variable a ese factor. Los nuevos ejes se obtienen maximizando la suma para los factores retenidos de las varianzas de las cargas factoriales al cuadrado dentro de cada factor. Para evitar que las variables con mayores comunales tengan más peso en la solución final, se aplica la normalización de Kaiser consistente en dividir cada carga factorial al cuadrado por la comunalidad de la variable correspondiente. Así, el método Varimax obtiene una matriz que maximiza la suma de las varianzas.

- Cálculo del Coeficiente alfa de Cronbach para la consistencia interna de los dos instrumentos de evaluación: el TSCC y el TSCYC. Mediante el análisis del alfa se puede valorar la fiabilidad de la prueba (fiabilidad como la propiedad de mostrar resultados similares, libre de error, en repetidas mediciones, es decir, el grado de estabilidad, precisión o consistencia que manifiesta el test como instrumento de medición de un rasgo determinado) y establecer hasta qué punto se puede generalizar el conjunto específico de ítems al dominio o universo que pretenden medir. Para ello se valora el grado de consistencia con el que los sujetos responden los ítems o subconjuntos de ítems del test en una única aplicación. Cuando se tiene un rendimiento consistente en los ítems, se puede determinar que la prueba posee homogeneidad de ítems. Para ello, el grupo de ítems debe medir el mismo constructo.

El alfa de Cronbach representa la consistencia interna de la prueba, esto es, el grado que todos los ítems covarían entre sí. Se refiere al grado en que los ítems que forman parte de una escala se correlacionan entre ellos, la

magnitud en que miden el mismo constructo (Hebson, 2001; Streiner, 2003, y Sun et al., 2007, en Campo-Arias, A y Oviedo, H, 2008).

- Análisis del Coeficiente de correlación para la validez concurrente de las pruebas TSCC y TSCYC en relación a otras pruebas ya validadas como son la CBCL y la YSR de Achenbach.

La validez concurrente informa sobre hasta qué punto las puntuaciones en un test correlacionan con una variable criterio, esto es, otro test que evalúa constructos comparables. La validez se obtiene a través de la correlación de Pearson entre las puntuaciones de ambos test.

- Cálculo de la prueba *t* de Student para la validez discriminante de las pruebas TSCC y TSCYC con el fin de determinar si se dan diferencias estadísticamente significativas en el grado de sintomatología informada a través de las pruebas psicométricas en función de la edad de los menores, el género de los mismos y el hecho de haber sido o no un menor polivictimizado.

6.8. Resultados

6.8.1. Resultados para el TSCC

En el presente punto pasan a exponerse los resultados estadísticos tras la adaptación psicométrica del TSCC en población española, en una muestra de menores víctimas de abuso sexual. Del total de la muestra ($n=118$), el análisis estadístico para el TSCC se ha podido efectuar en base a la aplicación de la prueba a una muestra total de menores de $n=90$.

Se ha efectuado el correspondiente análisis factorial; en relación a la fiabilidad, el análisis del alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna de la prueba y en relación a la validez, se ha analizado la validez concurrente con respecto a otras pruebas como la Child Behavior Checklist y la validez discriminante en función del sexo, la edad y vivido, o no, una historia de polivictimización.

6.8.1.1. Análisis factorial para la estructura teórica subyacente del TSCC

A continuación se presenta el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de cada sub-escala del TSCC. Se describen las comunales (varianza explicada) de cada ítem en cada sub-escala, los factores extraídos por la solución Varimax seleccionada y finalmente la matriz de componentes rotados.

En todas las sub-escalas se obtuvo una solución uni-factorial a excepción de la Ansiedad (con dos factores o subescalas) y las Preocupaciones Sexuales (con 3 factores o subescalas).

a. ANSIEDAD

En las comunales, como expresión de la parte de cada variable que puede ser explicada por los factores comunes a todas ellas, de los 9 ítems que conforman la escala Ansiedad, el ítem 39 explicaría una baja variabilidad. Destacar también el ítem 2 que, a pesar de alcanzar un valor relativamente alto (.48), no llega a explicar un mínimo del .50 de la varianza (Tabla 52).

Tabla 52 – *Comunalidades para cada ítem de la escala Ansiedad.*

Ítem	Inicial	Extracción
tsc2	1,000	,483
tsc15	1,000	,651
tsc24	1,000	,588
tsc25	1,000	,532
tsc32	1,000	,551
tsc33	1,000	,591
tsc39	1,000	,328
tsc41	1,000	,696
tsc50	1,000	,436

Nota: método de extracción
Análisis de Componentes
Principales.

Tras la extracción de los factores mediante el Análisis de Componentes Principales, se obtuvieron un total de dos factores que, en su conjunto explicarían un 53,97% de la varianza. El primero de los factores explicaría un 40,69% de la varianza mientras que el segundo de ellos explica un 13,27% de la varianza (Tabla 53).

Tabla 53 – *Varianza total explicada para la escala Ansiedad.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,662	40,693	40,693	3,662	40,693	40,693	2,527	28,082	28,082
2	1,195	13,278	53,971	1,195	13,278	53,971	2,330	25,889	53,971
3	,911	10,119	64,091						
4	,814	9,041	73,132						
5	,696	7,730	80,861						
6	,603	6,695	87,557						
7	,412	4,582	92,139						
8	,381	4,233	96,372						
9	,327	3,628	100,000						

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.

Tras la rotación ortogonal de los factores mediante el método Varimax se obtuvieron dos factores en la escala Ansiedad. Los ítems del TSCC que conforman el primer factor (siendo éstos los ítems 2, 15, 32 y 41) muestran, con respecto a su factor de pertenencia, correlaciones que van desde .63 hasta .83, lo que supone unas correlaciones elevadas. En relación al segundo de los factores, formado por un total de 5 ítems (a saber, 24, 25, 33, 39 y 50), informar que las correlaciones de cada uno de los ítems con respecto a su factor van desde .51 hasta .74, considerándose correlaciones admisibles (Tabla 54).

En el estudio original de la prueba, tal y como se informa en el manual para profesionales de la versión americana, la escala de Ansiedad refleja la vivencia por parte del niño de experiencias de ansiedad generalizada, hiperarousal y preocupaciones, así como miedos específicos a los hombres o a las mujeres, a la oscuridad y a que le maten. También la escala recoge las experiencias de episodios de ansiedad flotante y miedos de peligros inminentes.

Según el autor, un Análisis de Componentes Principales de la escala Ansiedad reveló dos factores con autovalores mayores a 1. El primer factor lo formaron la mayoría de ítems a excepción de los miedos específicos como son el miedo a los hombres, a las mujeres y a la oscuridad y el segundo estaba formado únicamente por estos tres ítems. Dado que la diferenciación de estos dos factores no ofrecía diferencias clínicamente significativas en relación al constructo de ansiedad postraumática, no se crearon subescalas para la escala Ansiedad.

En el presente estudio se obtuvo una solución de dos factores que hemos mantenido dado que el número ítems son mayores que en el caso del estudio original y tienen una relación, un sentido o un constructo teórico subyacente que lo explicaría. En el estudio actual, en el factor 2, aparte de encontrarse los 3 ítems que en el estudio original ya se posicionaron en un factor distinto (miedo a los hombres, miedo a las mujeres y miedo a la oscuridad, ítems 24, 25 y 39 respectivamente) también lo conforman otros miedos, reflejados en los ítems 33 y 50 (tener “miedo” y tener “miedo a que alguien me mate”, respectivamente).

De ello se desprende que, dentro de la escala Ansiedad, en el presente estudio, se distinguirían dos factores. Por un lado el factor que contiene aquellos ítems que hacen referencia a la angustia (como miedos inespecíficos, no ligados a un objeto o situación

concreta), ansiedad generalizada, hiperarousal, preocupaciones, mientras que en el factor 2 se encontrarían los miedos (ligados a una situación, persona u objeto especificado del que el menor puede reaccionar, por ejemplo, mediante la evitación a lo temido). Así, podemos llamar al factor 1 “Angustia” y al factor 2 “Miedos”.

Tabla 54 – *Matriz de componentes rotados para la escala Ansiedad.*

Ítem	Componente	
	1	2
tsc2	,639	,274
tsc15	,756	,280
tsc24	,166	,749
tsc25	-,049	,728
tsc32	,671	,316
tsc33	,458	,618
tsc39	,259	,511
tsc41	,832	-,067
tsc50	,312	,582

Nota:

- Factor 1: ansiedad flotante, angustia (miedos inespecíficos), hiperarousal, preocupaciones, ansiedad generalizada.

-Factor 2: miedos específicos.

Método de extracción

Análisis de Componentes

Principales.

Método de rotación,

normalización Varimax con Kaiser.

b. DEPRESIÓN

En la tabla sobre comunalidades (Tabla 55), de los 9 ítems que conforman el factor Depresión, el ítem 26 explicaría una muy escasa varianza (.17). Destacar también que el ítem 28, a pesar de alcanzar un valor superior al ítem 26, tampoco llegaría a explicar un nivel alto de varianza al obtener un valor inferior a .50 (.37).

*Tabla 55 – Comunalidades
para cada ítem de la escala
Depresión.*

Ítem	Inicial	Extracción
tsc7	1,000	,666
tsc9	1,000	,724
tsc14	1,000	,500
tsc20	1,000	,588
tsc26	1,000	,177
tsc27	1,000	,640
tsc28	1,000	,379
tsc42	1,000	,513
tsc52	1,000	,610

Nota: método de extracción
Análisis de Componentes
Principales.

Tras la extracción de los factores mediante un Análisis de Componentes Principales, se ha obtenido una solución de un único factor que explica, por sí solo, más del 50% de la varianza, en concreto un 53,29%, lo que se considera un nivel satisfactorio (Tabla 56).

Tabla 56 – *Varianza total explicada para la escala Depresión.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,796	53,290	53,290	4,796	53,290	53,290
2	,941	10,450	63,740			
3	,873	9,696	73,436			
4	,675	7,496	80,932			
5	,606	6,737	87,670			
6	,436	4,840	92,509			
7	,245	2,721	95,231			
8	,236	2,621	97,851			
9	,193	2,149	100,000			

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.

Como puede observarse en la matriz de componentes rotados mediante el método Varimax (Tabla 57), las correlaciones de los ítems en relación al factor Depresión serían elevadas, siendo superiores a .70 en la mayoría de ellos, a excepción del ítem 26, que es el que menor correlación presenta (.42) y el ítem 28, que presenta una correlación de .61.

Tabla 57 – Matriz de componentes rotados para la escala Depresión.

Componente	
Ítem	1
tsc7	,816
tsc9	,851
tsc14	,707
tsc20	,767
tsc26	,421
tsc27	,800
tsc28	,615
tsc42	,716
tsc52	,781

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.
Método de rotación normalización Varimax con Kaiser.

c. IRA

Las comunalidades de cada uno de los ítems formados por la escala Ira, presentan valores comprendidos entre .37 y .69. De los 9 ítems que conforman la escala, dos de ellos explicarían una varianza inferior al .50, siendo éste un nivel mínimo deseable. En el caso del ítem 36, éste por sí solo explica el 37% de la varianza y en el caso del ítem 37, es capaz de explicar el 46% de la varianza que, aunque es muy próximo al 50% no alcanza dicho nivel (Tabla 58).

Tabla 58 – *Comunalidades para cada ítem de la escala Ira.*

Ítem	Inicial	Extracción
tscc6	1,000	,570
tscc13	1,000	,537
tscc16	1,000	,691
tscc19	1,000	,664
tscc21	1,000	,505
tscc36	1,000	,372
tscc37	1,000	,464
tscc46	1,000	,554
tscc49	1,000	,680

Nota: método de extracción
Análisis de Componentes
Principales.

Tras la extracción de los factores de la escala Ira, se obtiene un único factor con un autovalor superior a 1, el cual explica un 55,96% de la varianza total (Tabla 59). Crear o incluir otro factor no se considera deseable, dado que el siguiente factor (que no supera un autovalor mayor a 1, quedándose en un .81), añadiría únicamente un 9,45% más en la varianza total explicada.

Tabla 59 – *Varianza total explicada para la escala Ira.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,037	55,963	55,963	5,037	55,963	55,963
2	,851	9,456	65,419			
3	,741	8,231	73,650			
4	,602	6,690	80,341			
5	,570	6,329	86,670			
6	,406	4,510	91,180			
7	,334	3,712	94,892			
8	,297	3,304	98,197			
9	,162	1,803	100,000			

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.

En la matriz de componentes rotados mediante la solución Varimax (Tabla 60), se obtienen correlaciones elevadas en todos los ítems en relación a su componente principal Ira yendo desde el .61 hasta el .83. De los 9 ítems que forman el factor, 7 de ellos superan correlaciones mayores a 0.70, siendo los ítems 36 y 37 los que, a pesar de obtener niveles óptimos, son los que han obtenido correlaciones más bajas, de .61 y .68 respectivamente.

Tabla 60 – Matriz de componentes rotados para la escala Ira.

Componente	
Ítem	1
tsc6	,755
tsc13	,733
tsc16	,831
tsc19	,815
tsc21	,711
tsc36	,610
tsc37	,681
tsc46	,745
tsc49	,825

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.
Método de rotación normalización Varimax con Kaiser.

d. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Tal como nos indica la tabla de comunalidades (Tabla 61), de los 10 ítems que conforman la escala de Estrés Postraumático, más de la mitad de los ítems, cada uno de ellos, por sí solos, explican una alta proporción de la varianza con respecto al factor principal. Seis de los ítems explican más del 50% de la varianza en relación al constructo Estrés Postraumático. Los ítems 1, 24, 25 y 51 serían los que explicarían un menor grado de varianza. El ítem que menos varianza explica es el 25 (obteniendo un valor de .13), seguido del ítem 24 (con un valor de .24), el ítem 1 (el cual obtiene un valor de .35) y el ítem 51 que apenas llega al nivel mínimo de .50 deseable para la varianza explicada (dicho ítem alcanza un valor de .44).

Tabla 61 – *Comunalidades para cada ítem de la escala Estrés Postraumático.*

Ítem	Inicial	Extracción
tsc1	1,000	,350
tsc3	1,000	,544
tsc10	1,000	,674
tsc11	1,000	,553
tsc12	1,000	,566
tsc24	1,000	,241
tsc25	1,000	,135
tsc35	1,000	,647
tsc43	1,000	,745
tsc51	1,000	,449

Nota: método de extracción
Análisis de Componentes
Principales.

Tras la extracción de los factores (Tabla 62), se ha obtenido una solución basada en un único factor que alcanza casi el 50% de la varianza explicada (48,03%). En el presente estudio coincidimos con el autor de la prueba original en la decisión de obtener un único factor (a pesar de que si obtuviéramos una solución de dos factores, como puede observarse en la tabla, se alcanzaría un 61% de la varianza explicada, aunque el segundo factor aportara únicamente un incremento de un 13% en la explicación de la varianza). Quizás mayores estudios en el futuro puedan aportar más luz acerca de la estructura factorial de la presente escala.

En el caso del estudio americano original, el manual para profesionales de la prueba TSCC indica que el análisis de componentes principales reveló una estructura bajada en tres factores con autovalores superiores a 1 (dos factores con autovalores superiores a 1 se han obtenido en la presente investigación). El primero de los factores obtenidos en la investigación americana se caracterizaba únicamente por presentar ítems relacionados con recuerdos intrusivos sobre eventos traumáticos y los otros dos factores se formaban por una combinación de síntomas tales como reexperimentación sensorial, pesadillas, evitación disociativa y miedos. Dado el escaso apoyo o explicación teórica que pudiera subyacer a tales factores y que pudieran aportar algún tipo de distinción significativa orientada a la práctica clínica, se optó por no obtener subescalas específicas en el factor Estrés Postraumático.

Tabla 62 – *Varianza total explicada para la escala Estrés Postraumático.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,804	48,039	48,039	4,804	48,039	48,039
2	1,306	13,063	61,102			
3	,864	8,640	69,742			
4	,746	7,465	77,206			
5	,598	5,983	83,189			
6	,506	5,064	88,253			
7	,394	3,940	92,193			
8	,354	3,539	95,732			
9	,263	2,625	98,357			
10	,164	1,643	100,000			

Nota: Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

La matriz de componentes rotados mediante el método Varimax de la escala Estrés Postraumático (Tabla 63) informa sobre unas elevadas correlaciones de los ítems con respecto al factor principal. Tales correlaciones van desde .18 hasta .86. De los 10 ítems que componen la escala, uno de ellos mostraría una muy escasa correlación (el ítem 25 obtiene una correlación de .18) y otro de los ítems, a pesar de presentar una correlación aceptable, obtiene una correlación que, por poco, no alcanza el .50 (el ítem 24 obtiene una correlación de .49).

Tabla 63 – Matriz de componentes rotados para la escala Estrés Postraumático.

Ítem	Componente
	1
tsccl	,592
tsccl3	,737
tsccl10	,821
tsccl11	,744
tsccl12	,752
tsccl24	,491
tsccl25	,187
tsccl35	,804
tsccl43	,863
tsccl51	,670

Nota: Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización
Varimax con Kaiser.

e. DISOCIACIÓN

De la tabla de comunalidades obtenida en el constructo Disociación (Tabla 64), la mayoría de los ítems (6 de los 10 ítems que lo componen) explicarían, cada uno de ellos, por sí mismos más del 50% de la varianza en relación al factor común de Disociación. Las comunalidades van desde .19 hasta .63. Los ítems que no superarían un 50% de la varianza explicada (siendo éste el mínimo de la varianza explicada deseable) serían el 5, 18, 31 y 45. Dichos ítems explican una varianza del 31%, 19%, 43% y 47% respectivamente.

Tabla 64 – *Comunalidades
para cada ítem de la escala
Disociación.*

Ítem	Inicial	Extracción
tsc5	1,000	,310
tsc11	1,000	,527
tsc18	1,000	,193
tsc29	1,000	,515
tsc30	1,000	,519
tsc31	1,000	,433
tsc38	1,000	,632
tsc45	1,000	,478
tsc48	1,000	,555
tsc53	1,000	,505

Nota: método de extracción
Análisis de Componentes
Principales.

Tras la extracción de factores mediante el Análisis de Componentes Principales (Tabla 65), a diferencia del estudio original, en el presente estudio se ha obtenido una solución basada en un único factor que explica un 46,6% del total de la varianza en la escala de disociación.

En la versión original se obtuvieron un total de dos factores. En el primer factor se incluyeron todos los ítems relacionados con la sintomatología clásica de la disociación, mientras que en el segundo factor se incorporaron aquellos ítems relacionados con fantasías disociativas o role-playing tales como imaginarse ser otra persona o estar en otro lugar o soñar despierto.

Tabla 65 – *Varianza total explicada para la escala Disociación.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,667	46,674	46,674	4,667	46,674	46,674
2	,951	9,515	56,188			
3	,897	8,968	65,157			
4	,840	8,401	73,558			
5	,718	7,177	80,735			
6	,510	5,099	85,834			
7	,473	4,730	90,564			
8	,417	4,175	94,738			
9	,288	2,875	97,614			
10	,239	2,386	100,000			

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.

Tras la rotación ortogonal mediante la solución Varimax (Tabla 66), se ha obtenido una matriz de componentes rotados en la que prácticamente la totalidad de los ítems presentan correlaciones significativas en relación al componente principal Disociación. Así, las correlaciones van desde el .43 hasta el .79. Más de la mitad de los ítems presentan correlaciones superiores al .70 y, a excepción del ítem 18 que presenta una correlación de .43, el resto de ítems superan correlaciones superiores a .55.

Tabla 66 – *Matriz de componentes rotados para la escala Disociación.*

Componente	
Ítem	1
tsc5	,557
tsc11	,726
tsc18	,439
tsc29	,718
tsc30	,720
tsc31	,658
tsc38	,795
tsc45	,691
tsc48	,745
tsc53	,710

Nota: Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización
Varimax con Kaiser.

f. PREOCUPACIONES SEXUALES.

Las comunalidades obtenidas en la escala de Preocupaciones Sexuales (Tabla 67) han sido elevadas en prácticamente todos los ítems que componen la escala. En este sentido, 8 de los 10 ítems de la escala, por sí solos explicarían más del 50% de la varianza con respecto al factor de Preocupaciones Sexuales. La comunalidad más elevada ha sido la obtenida por los ítems 22 y 47, los cuales explican una varianza de .77 cada uno de ellos, mientras que el ítem con una menor comunalidad ha sido la obtenida por el ítem 4, que apenas explica una varianza del .14. Los ítems con menores comunalidades, inferiores a .50, han sido el 4 y el 23, con comunalidades de .14 y .49 respectivamente.

*Tabla 67 – Comunalidades
para cada ítem de la escala
Preocupaciones Sexuales.*

Ítem	Inicial	Extracción
tsc4	1,000	,142
tsc8	1,000	,547
tsc17	1,000	,740
tsc22	1,000	,776
tsc23	1,000	,493
tsc34	1,000	,646
tsc40	1,000	,766
tsc44	1,000	,647
tsc47	1,000	,775
tsc54	1,000	,672

Nota: método de extracción
Análisis de Componentes
Principales.

Mediante el análisis de componentes principales (Tabla 68) para la extracción de factores, se han obtenido un total de 3 factores en la escala Preocupaciones Sexuales. Entre los tres factores se logra explicar un total del 62% de la varianza.

El primero de los factores explicaría un 30,24% de la varianza, el segundo logra explicar un 19,68% y el tercero logra explicar un 12,11% de la varianza total.

Tabla 68 – *Varianza total explicada para la escala Preocupaciones Sexuales.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,024	30,244	30,244	3,024	30,244	30,244	2,283	22,833	22,833
2	1,968	19,683	49,926	1,968	19,683	49,926	2,119	21,188	44,022
3	1,212	12,118	62,045	1,212	12,118	62,045	1,802	18,023	62,045
4	1,068	10,683	72,728						
5	,649	6,492	79,219						
6	,589	5,890	85,110						
7	,547	5,470	90,580						
8	,374	3,745	94,325						
9	,346	3,461	97,785						
10	,221	2,215	100,000						

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.

Tras la rotación de los componentes mediante la solución Varimax, se obtuvieron tres factores (Tabla 69). El primero de ellos lo conforman los ítems 34, 40 y 54. El segundo factor estaría compuesto por los ítems 4, 8, 17 y 44. El tercer y último factor lo conformarían los ítems 22 y 47. El primer factor lo componen ítems que aluden a reacciones emocionales sobre preocupaciones sexuales, el segundo factor los ítems se refieren a signos o reacciones conductuales que serían consecuencia de presentar preocupaciones sexuales y en el caso del tercer factor los ítems se relacionan con cogniciones sobre dicho tipo de preocupaciones.

Cabe destacar la saturación superior a .35 del ítem 23 en los tres componentes, por lo que sería un ítem a revisar en posteriores investigaciones con respecto a la fiabilidad.

Las saturaciones obtenidas en el primer y el tercer factor superan el .80 en todos los ítems que conforman los indicados factores. Las saturaciones de los ítems que conforman el segundo factor se encuentran en un rango de entre .30 y .82.

Tabla 69 – *Matriz de componentes rotados para la escala Preocupaciones Sexuales.*

Ítem	Componente		
	1	2	3
tsc4	,212	,309	,044
tsc8	,050	,647	,344
tsc17	,104	,829	,203
tsc22	-,018	-,065	,878
tsc23	,431	,380	,402
tsc34	,800	,078	,012
tsc40	,852	,174	-,103
tsc44	,025	,793	-,133
tsc47	-,045	,321	,819
tsc54	,819	,018	,033

Notas:

Método de extracción Análisis de Componentes principales.

Método de rotación normalización Varimax con Kaiser.

La rotación ha convergido en 4 iteraciones.

6.8.1.2. Coeficiente alfa de Cronbach para la consistencia interna del TSCC.

La consistencia interna medida por el alfa de Cronbach en el TSCC ha sido muy elevada en las distintas escalas y subescalas clínicas, oscilando entre el .81 y el .88. El alfa obtenido en el total de la prueba TSCC ha sido de .96. Tales niveles de fiabilidad no parecen haberse mantenido en el caso de las escalas referentes a las Preocupaciones Sexuales en las que se han obtenido valores alfa de .77, .57 y .66. Dichos resultados son similares al estudio original, en el que se obtuvieron valores alfa superiores a .80 en todas las escalas a excepción de las subescalas de Preocupaciones Sexuales, en las que se obtuvieron valores alfa de entre .65 y .75 (Briere, 1996). Así pues, si tenemos en cuenta criterios tales como los planteados por George y Mallery (2003), Gliem y Gliem (2003) o Loo (2001) coeficientes alfa > 0.8 pueden considerarse valores adecuados. Otros autores tales como Huh, Delorme y Reid (2006), Kaplan y Saccuzzo (2006) o Nunnally (1978) consideran aceptables valores alfa > 0.7 .

a. *ANSIEDAD*

La fiabilidad obtenida en el total de la escala Ansiedad mediante el cálculo del alfa de Cronbach ha sido de .81, lo que resulta ser una fiabilidad elevada (Tabla 70). La escala Ansiedad muestra así una adecuada consistencia interna. La tabla muestra también el número de ítems que conforman la escala $n=9$.

En cuanto a los subfactores de la escala Ansiedad, el factor 1 (Angustia), formado por un total de 4 ítems, presentó un alfa de Cronbach de .76 y en el caso del factor 2 (Miedo), compuesto por un total de 5 ítems, se obtuvo una consistencia interna de los ítems mediante el cálculo del alfa de Cronbach de .71.

Tabla 70 – *Estadísticos de fiabilidad para la escala Ansiedad.*

Alfa de Cronbach	N de ítems
.811	9

En la tabla sobre los estadísticos descriptivos de los ítems para la escala Ansiedad (Tabla 71), se puede observar, para cada uno de los ítems, el puntaje promedio y la desviación típica en base a las respuestas proporcionadas por los menores a la prueba TSCC. Así, en la escala Ansiedad, las mayores puntuaciones (de media) las obtuvieron los ítems 41 y 2.

Tabla 71 – *Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Ansiedad.*

Ítem	Media	Desviación típica	N
tsc2	1,1561	,85453	90
tsc15	,5468	,81289	90
tsc24	,6300	,77576	90
tsc25	,1307	,36039	90
tsc32	,9149	,97387	90
tsc33	,8922	,83489	90
tsc39	,8328	,96958	90
tsc41	1,4176	,88950	90
tsc50	,4517	,77031	90

Los distintos ítems presentan correlaciones óptimas con respecto al total de la escala Ansiedad, presentando correlaciones en un rango que van desde el .34 hasta el .64. Cabe destacar que todos los ítems contribuyen a un adecuado alfa de Cronbach; ninguno de los ítems, de ser eliminado, contribuiría a un incremento sustancial del alfa de Cronbach para la consistencia interna de la escala. Los ítems con mayores correlaciones con respecto al resto de la escala han sido el 15 y el 33 con una correlación en ambos casos de .64. De todo ello nos informa la Tabla 72.

Tabla 72 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Ansiedad.*

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
tsc2	5,8167	17,293	,539	,788
tsc15	6,4260	16,892	,643	,775
tsc24	6,3428	17,998	,494	,794
tsc25	6,8420	20,583	,349	,812
tsc32	6,0579	16,367	,576	,784
tsc33	6,0805	16,778	,640	,775
tsc39	6,1400	17,518	,418	,807
tsc41	5,5552	17,658	,455	,800
tsc50	6,5211	17,975	,503	,793

La tabla sobre los estadísticos descriptivos de la escala Ansiedad (Tabla 73) proporciona información sobre las puntuaciones medias, la varianza y la desviación típica obtenidas en la escala Ansiedad en su conjunto. Así, en este caso, los menores llegan a sumar una media de 6 puntos (considerando que cada ítem está compuesto por una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos) en la escala de Ansiedad.

Tabla 73 – *Estadísticos descriptivos para la escala Ansiedad.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
6,9728	21,853	4,67470	9

b. **DEPRESIÓN**

La fiabilidad, en relación a la consistencia interna, obtenida en la escala Depresión, resultante del cálculo del alfa de Cronbach puede considerarse satisfactoria, al obtenerse una puntuación elevada tal como es un alfa de .88; esto nos informa sobre una elevada fiabilidad en la presente escala (Tabla 74). Se puede indicar entonces que la escala de Depresión muestra una adecuada consistencia interna, siendo la escala que ha obtenido el alfa de Cronbach más elevado de entre las distintas escalas del TSCC. La tabla muestra también el número de ítems que conforman la escala $n=9$.

Tabla 74 – *Estadísticos de fiabilidad para la escala Depresión.*

Alfa de Cronbach	N de ítems
,883	9

En la Tabla 75 puede observarse, para los distintos ítems que conforman la escala de Depresión, la puntuación media obtenida en la escala Likert de cada ítem (escala de 0 a 3) y la desviación típica en base a las respuestas proporcionadas por los menores a la prueba TSCC. Así, en la escala de Depresión, las mayores puntuaciones (en promedio) se obtuvieron en los ítems 14, 7 y 9.

Tabla 75 – *Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Depresión.*

Ítem	Media	Desviación típica	N
tsc7	1,1189	,96460	90
tsc9	1,0475	,87287	90
tsc14	1,2607	,92554	90
tsc20	,4517	,81289	90
tsc26	,5729	,85179	90
tsc27	,6426	,78816	90
tsc28	,9279	,83176	90
tsc42	,8693	,90913	90
tsc52	,3930	,71920	90

Los ítems que forman parte de la escala Depresión presentan correlaciones óptimas con respecto al total de la escala ansiedad (en relación al resto de ítems que forman la escala). Las correlaciones obtenidas se encuentran en un rango que van desde .34 hasta .77. Los ítems con mayores correlaciones han sido el 9, con una correlación de .77, y el ítem 7, con una correlación de .73. Por el contrario, los ítems con menores correlaciones han sido el 26, con una correlación de .34, y el ítem 28, con una correlación de .52. Según los datos obtenidos, todos los ítems parecen contribuir al alfa de Cronbach obtenido en la presente escala, puesto que ninguno de ellos, en caso de ser eliminado, conllevaría un incremento significativo de la fiabilidad (en términos de consistencia interna) de la escala. En el caso de eliminar el ítem 26, se incrementaría del alfa obtenido de .88 hasta un alfa de a .89, lo que no resulta un incremento significativo. De todo ello nos informa la Tabla 76.

Tabla 76 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Depresión.*

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
tsc7	6,1656	22,985	,730	,861
tsc9	6,2370	23,362	,775	,858
tsc14	6,0238	24,134	,624	,871
tsc20	6,8328	24,536	,679	,867
tsc26	6,7116	26,867	,348	,893
tsc27	6,6419	24,374	,728	,863
tsc28	6,3566	25,565	,524	,879
tsc42	6,4152	24,252	,624	,871
tsc52	6,8915	25,169	,690	,867

Sobre el global de la escala Depresión, la tabla sobre estadísticos descriptivos de la escala (Tabla 77) nos informa que los menores obtuvieron, de media, 7 puntos respecto al total de los ítems que conforman la presente escala, considerando que cada ítem es de tipo Likert con puntuaciones que van de 0 a 3.

Tabla 77 – *Estadísticos descriptivos para la escala Depresión.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
7,2845	30,665	5,53756	9

c. **IRA**

El valor obtenido tras el cálculo del coeficiente del alfa de Cronbach para la escala Ira ha sido elevado, siendo el resultado del cálculo del alfa de Cronbach de .879 (Tabla 78). La tabla también nos informa que la escala Ira la conforma un total de 8 ítems.

Tabla 78 – *Estadísticos de fiabilidad para la escala Ira.*

Alfa de Cronbach	N de ítems
,879	8

Los estadísticos descriptivos de los ítems para la escala Ira (Tabla 79) nos informan que los ítems a los que los menores que han cumplimentado la prueba TSCC les han ofrecido mayores puntuaciones dentro de la escala Ira fueron los ítems 6, 13 y 19.

Tabla 79 – *Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Ira.*

Ítem	Media	Desviación típica	N
tsc6	,8566	,84976	90
tsc13	,8566	1,06151	90
tsc19	,7258	,90382	90
tsc21	,2979	,61406	90
tsc36	,3328	,70843	90
tsc37	,3217	,70569	90
tsc46	,5000	,78612	90
tsc49	,6993	,95676	90

En la Tabla 80 puede observarse correlaciones significativas entre cada uno de los ítems y el total de la escala o que es lo mismo, entre cada uno de los ítems y el resto de los ítems que conforman la escala Ira. Tales correlaciones van desde .53 hasta .72. Los ítems que presentan una menor correlación son el 36 y el 37, con valores de .53 y .57 respectivamente. Los ítems que presentan correlaciones más elevadas con las obtenidas por los ítems 19 y 49, con correlaciones de .72 y .71 respectivamente. Todos los ítems de la escala parecen contribuir a la puntuación de alfa de Cronbach obtenida, puesto que ninguno de los ítems, en el caso de ser eliminado, conllevaría un incremento de la consistencia interna de la escala Ira.

Tabla 80 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Ira.*

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
tsc6	3,7342	18,539	,668	,861
tsc13	3,7342	17,311	,646	,867
tsc19	3,8650	17,773	,729	,854
tsc21	4,2929	20,204	,646	,866
tsc36	4,2580	20,234	,535	,874
tsc37	4,2691	20,015	,576	,871
tsc46	4,0908	18,873	,682	,860
tsc49	3,8915	17,512	,714	,856

En relación al global de la escala, las puntuaciones medias ofrecidas por los menores que cumplieron la prueba TSCC fueron de 4 puntos, con una varianza de 24 puntos y una desviación típica de casi 5 puntos (Tabla 81).

Tabla 81 – *Estadísticos descriptivos para la escala Ira.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
4,5908	24,147	4,91401	8

d. **ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.**

La escala Estrés Postraumático se compone por 10 ítems. El alfa de Cronbach obtenido para esta escala es de .877, lo que supone un alfa muy elevado (Tabla 82). Esto informa sobre una consistencia interna adecuada en la escala Estrés Postraumático.

Tabla 82 – *Estadísticos de fiabilidad para la escala Estrés Postraumático.*

Alfa de Cronbach	N de ítems
.877	10

Como puede observarse en la siguiente tabla (Tabla 83), la media de las puntuaciones ofrecidas por los menores en la mayoría de los distintos ítems que conforman la escala de Estrés Postraumático superan una puntuación de 1 (considerando que cada uno de los ítems tiene una respuesta tipo Likert en una escala de 0 a 3). En comparación con el resto de escalas del TSCC, los ítems de la presente escala han sido los que, en promedio, han obtenido mayores puntuaciones. Dentro de la escala de estrés postraumático, los ítems 10 y 51 fueron los que, en promedio, proporcionaron mayores puntuaciones.

Tabla 83.- *Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Estrés Postraumático.*

Ítem	Media	Desviación típica	N
tsccl	1,1537	,84128	90
tsccl3	1,1537	,99994	90
tsccl10	1,5103	,98865	90
tsccl11	,9992	,99437	90
tsccl12	1,1894	,94187	90
tsccl24	,6300	,77576	90
tsccl25	,1307	,36039	90
tsccl35	1,2370	1,06655	90
tsccl43	1,2845	1,05546	90
tsccl51	1,6568	1,14653	90

La Tabla 84 nos indica que, a excepción del ítem 25, y en líneas generales, el resto de los ítems que conforman la escala Estrés Postraumático presentan niveles de correlación elevados. Las correlaciones obtenidas por cada uno de los ítems en relación al resto de la escala Estrés Postraumático se encuentran en un rango comprendido entre .16 y .80. Los ítems que han obtenido correlaciones más elevadas fueron los ítems 43, 10 y 35, con puntuaciones de .80, .74 y .71 respectivamente. El ítem con una correlación más baja es el 25, que presenta una correlación de .16 con respecto al resto de la escala. En el caso de eliminar dicho ítem, el alfa de Cronbach para la consistencia interna de la escala se incrementaría de .87 a .88, lo que no supone un incremento significativo.

Tabla 84 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Estrés Postraumático.*

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
tsccl	9,7917	36,310	,500	,872
tsccl3	9,7917	33,591	,647	,862
tsccl10	9,4351	32,682	,746	,854
tsccl11	9,9463	33,459	,664	,860
tsccl12	9,7561	33,969	,659	,861
tsccl24	10,3155	37,555	,414	,878
tsccl25	10,8147	41,195	,165	,887
tsccl35	9,7085	32,238	,719	,856
tsccl43	9,6610	31,469	,803	,848
tsccl51	9,2886	33,097	,582	,869

Como puede observarse en la tabla sobre estadísticos descriptivos para la escala Estrés Postraumático (Tabla 85), la puntuación media ofrecida por los menores en las respuestas de la escala Estrés Postraumático para el TSCC fue de casi 11 puntos (10,94), con una varianza en las puntuaciones de 42 y una desviación típica de 6,4.

Tabla 85 – *Estadísticos descriptivos para la escala Estrés Postraumático.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
10,9455	42,088	6,48756	10

e. **DISOCIACION**

La escala Disociación, formada por un total de 10 ítems, ha obtenido un valor de .86 en el alfa de Cronbach para la consistencia interna de la escala, lo que informa sobre óptimos niveles de fiabilidad para la escala Disociación (Tabla 86).

Tabla 86 – *Estadísticos de fiabilidad para la escala Disociación.*

Alfa de Cronbach	N de ítems
,863	10

En la escala Disociación, los ítems a los que los menores que respondieron a la prueba TSCC asignaron mayores puntuaciones, en promedio, fueron el 30, el 11 y el 53 (Tabla 87).

Tabla 87 – Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Disociación.

Ítem	Media	Desviación típica	N
tsc5	,7742	,90382	90
tsc11	,9992	,99437	90
tsc18	,7095	,86805	90
tsc29	,5238	,69470	90
tsc30	1,1181	,96460	90
tsc31	,3328	,69239	90
tsc38	,8915	,93639	90
tsc45	,8098	,89287	90
tsc48	,5951	,90092	90
tsc53	,9880	,97720	90

De la Tabla 88 se desprende que las correlaciones entre cada uno de los ítems con respecto al resto de los ítems que configuran la escala se encuentran en un margen de entre .35 y .69. El ítem que presenta una menor correlación es el 18 mientras que el que ha obtenido una mayor correlación respecto al resto de la escala es el ítem 38. Ninguno de los ítems resultaría susceptible de eliminación, ya que todos contribuyen a la puntuación del alfa de Cronbach alcanzada para la presente escala y ninguna omisión de ítem conllevaría un incremento en la consistencia interna de la escala.

Tabla 88 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Disociación.*

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
tsc5	6,9678	29,991	,458	,860
tsc11	6,7427	27,763	,629	,845
tsc18	7,0324	31,178	,352	,867
tsc29	7,2182	30,092	,626	,848
tsc30	6,6239	28,171	,610	,847
tsc31	7,4091	30,584	,559	,852
tsc38	6,8505	27,613	,696	,839
tsc45	6,9321	28,957	,582	,849
tsc48	7,1469	28,259	,655	,843
tsc53	6,7540	28,027	,615	,847

Las puntuaciones medias ofrecidas por los menores en el global de la escala de disociación han sido superiores a 7, presentando una varianza de 35 puntos y una desviación típica de 5,94 (Tabla 89).

Tabla 89 – *Estadísticos descriptivos para la escala Disociación.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
7,7420	35,343	5,94499	10

f. **PREOCUPACIONES SEXUALES**

El alfa de Cronbach obtenido para la consistencia interna para el total de la escala Preocupaciones Sexuales (como suma de todos los ítems que componen las distintas subescalas sobre Preocupaciones Sexuales: áreas Emocional, Conductual y Cognitiva) ha sido de .70.

A continuación exponemos los resultados para cada una de las subescalas.

PREOCUPACIONES SEXUALES: ÁREA EMOCIONAL

El alfa de Cronbach obtenido para la consistencia interna en la subescala Área Emocional de la escala Preocupaciones Sexuales, ha sido de .77 (Tabla 90). Dicha subescala se compone por un total de 3 ítems.

Tabla 90 – Estadísticos de fiabilidad para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Emocional.

Alfa de Cronbach	N de ítems
.779	3

En promedio, el ítem de la subescala Área Emocional, al que los menores que respondieron al cuestionario ofrecieron una mayor puntuación fue el ítem 34 (Tabla 91).

Tabla 91 – Estadísticos descriptivos para los ítems de la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Emocional.

Ítems	Media	Desviación típica	N
tsc34	.6279	.98275	90
tsc40	.3605	.79577	90
tsc54	.5930	.99856	90

Las correlaciones presentadas entre cada uno de los ítems que componen la escala con respecto al resto de la escala se encuentran en un rango de entre .71 y .56. Cada uno de los ítems de la escala contribuye a la obtención del alfa de Cronbach alcanzado para la presente escala, puesto que ninguno de los ítems, en caso de ser eliminado, contribuiría a un incremento significativo del valor alfa (Tabla 92).

Tabla 92 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Emocional.*

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
tsc34	,9535	2,633	,564	,762
tsc40	1,2209	2,856	,710	,626
tsc54	,9884	2,506	,600	,724

La Tabla 93 presenta los estadísticos descriptivos de la subescala de Preocupaciones Sexuales: Área Emocional. Dicha escala se compone por 3 ítems, a los que los sujetos respondieron de promedio por encima de 1 punto en la respuesta de escala Likert, presentando una varianza en las respuestas de más de 5 puntos y una desviación típica de algo más de 2 puntos.

Tabla 93 – *Estadísticos descriptivos para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Emocional.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
1,5814	5,399	2,32361	3

PREOCUPACIONES SEXUALES: ÁREA CONDUCTUAL

El cálculo del alfa de Cronbach para la consistencia interna de la subescala Área Conductual de la subescala Preocupaciones Sexuales, ha reportado un valor de .57, siendo éste el más bajo de toda la prueba (Tabla 94).

Tabla 94 – *Estadísticos de fiabilidad para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Conductual.*

Alfa de Cronbach	N de ítems
.579	4

La Tabla 95 ofrece estadísticos descriptivos de los ítems que componen la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Conductual. Tal como puede observarse en la Tabla 95, los valores promedios más elevados, reportados por los menores, se han obtenido en el ítem 4, mientras que los más bajos se han obtenido en el ítem 8.

Tabla 95 – *Estadísticos descriptivos para los ítems de la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Conductual.*

Ítems	Media	Desviación típica	N
tsc4	.6279	.79774	90
tsc8	.1977	.48068	90
tsc17	.2674	.51847	90
tsc44	.2093	.51143	90

La Tabla 96 nos muestra las correlaciones de cada uno de los ítems con respecto al resto de la escala. Como puede observarse, dichas correlaciones se encuentran entre .23 y .53, siendo el ítem 4 el que menor correlación ha obtenido y el ítem 17 el que mayor correlación presenta con respecto al resto de la escala.

Debe destacarse que, en caso de suprimir el ítem 4 de la presente subescala, el valor alfa de Cronbach se incrementaría del .57 hasta el .68.

Tabla 96 – Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Conductual.

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
tsc4	,6744	1,399	,232	,683
tsc8	1,1047	1,671	,459	,453
tsc17	1,0349	1,516	,538	,383
tsc44	1,0930	1,756	,335	,529

En la Tabla 97 pueden observarse estadísticos descriptivos relacionados con la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Conductual. Dicha subescala está compuesta por un total de 4 ítems, los cuales presentan una media de algo más de 1 punto en las respuestas ofrecidas por los menores que cumplimentaron la escala (respuestas en escala tipo Likert de 0 a 3 puntos), presentando una varianza de más de 2 puntos y una desviación de más de 1 punto en sus respuestas.

Tabla 97 – Estadísticos descriptivos para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Conductual.

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
1,3023	2,472	1,57233	4

PREOCUPACIONES SEXUALES: ÁREA COGNITIVA

El valor alfa de Cronbach obtenido en la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Cognitiva ha sido de .66 (Tabla 98).

Tabla 98 – *Estadísticos de fiabilidad para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Cognitiva.*

Alfa de Cronbach	N de ítems
,668	2

La Tabla 99 ofrece información sobre los valores medios y la desviación típica que se alcanzó en cada uno de los ítems que componen la subescala. El ítem 47 obtuvo mayores puntuaciones dentro de la presente subescala.

Tabla 99 – *Estadísticos descriptivos para los ítems de la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Cognitiva.*

Ítems	Media	Desviación típica	N
tsc22	,0233	,21567	90
tsc47	,0930	,36390	90

El valor alfa de Cronbach es negativo debido a una covarianza promedio negativa entre los ítems, lo que viola los supuestos del modelo de fiabilidad, por lo que resultaría oportuno revisar la fiabilidad de la actual subescala en futuros estudios.

Tabla 100 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Cognitiva.*

Ítems	Media de la escala	Varianza de la	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach
	si se elimina el ítem	escala si se elimina el ítem		si se elimina el ítem
tsc22	,0930	,132	,572	.
tsc47	,0233	,047	,572	.

La puntuación promedia para la presente subescala, compuesta por un total de 2 ítems, fue de .11, presentando una varianza de .26 puntos y una desviación típica de .51 (Tabla 101).

Tabla 101 – *Estadísticos descriptivos para la subescala Preocupaciones Sexuales: Área Cognitiva.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
.1163	.269	.51834	2

En general, la consistencia interna para la escala Preocupaciones Sexuales es aceptable (cuenta con un valor alfa de Cronbach .70), aunque los valores para las distintas subescalas, en comparación con el resto de escalas clínicas de la prueba, son inferiores. Así las subescalas sobre las Preocupaciones Sexuales son susceptibles de revisión en estudios posteriores, dado que las cualidades psicométricas obtenidas en dichas subescalas resultan inferiores que el resto de escalas clínicas.

g. ***TOTAL – TSCC***

Tal como puede observarse en la Tabla 102, el alfa de Cronbach obtenido para el total de la prueba TSCC ha sido elevado (.96). La tabla también nos muestra que la prueba está formada por un total de 54 ítems.

Tabla 102 – *Estadísticos de fiabilidad para la prueba TSCC.*

Alfa de Cronbach	N de ítems
.963	54

La Tabla 103 nos reporta datos descriptivos sobre cada uno de los ítems que conforman la prueba TSCC. Para cada ítem se ofrece la media y la desviación típica de las puntuaciones ofrecidas (en escala Likert de 0 a 3) por la muestra de sujetos que respondieron la prueba. El tamaño muestral válido para efectuar el presente cálculo es de $n=80$ del total de sujetos que respondieron el cuestionario ($n=90$).

Tabla 103 – *Estadísticos descriptivos para los ítems de la prueba TSCC.*

Ítem	Media	Desviación típica	N
tsccl	1,1375	,88223	80
tsccl2	1,2125	,90977	80
tsccl3	1,1500	1,05662	80
tsccl4	,6625	,81043	80
tsccl5	,7875	,95060	80
tsccl6	,9000	,90847	80
tsccl7	1,0875	,99612	80
tsccl8	,2125	,49539	80
tsccl9	1,0250	,92743	80
tsccl10	1,4375	1,01687	80
tsccl11	1,0000	1,03116	80
tsccl12	1,2000	,98598	80
tsccl13	,9000	1,10922	80
tsccl14	1,2375	,97102	80
tsccl15	,5625	,85453	80
tsccl16	,8125	1,03231	80
tsccl17	,2500	,51558	80
tsccl18	,7250	,91368	80
tsccl19	,7625	,94459	80
tsccl20	,4375	,83959	80
tsccl21	,3250	,65168	80
tsccl22	,0250	,22361	80
tsccl23	,1375	,47049	80
tsccl24	,6000	,77296	80
tsccl25	,1250	,36888	80
tsccl26	,6000	,93592	80
tsccl27	,6875	,82052	80

tsc28	,9625	,86337	80
tsc29	,5250	,72871	80
tsc30	1,1125	1,00623	80
tsc31	,3250	,72522	80
tsc32	,9000	1,01383	80
tsc33	,9000	,88016	80
tsc34	,6500	1,00757	80
tsc35	1,1875	1,08025	80
tsc36	,3500	,74799	80
tsc37	,3375	,74534	80
tsc38	,8750	,95963	80
tsc39	,8125	,98204	80
tsc40	,3750	,81714	80
tsc41	1,4250	,93829	80
tsc42	,9125	,95723	80
tsc43	1,2500	1,08500	80
tsc44	,2000	,48783	80
tsc45	,7875	,93719	80
tsc46	,5000	,81131	80
tsc47	,1000	,37653	80
tsc48	,5750	,95168	80
tsc49	,7375	1,01562	80
tsc50	,4625	,81043	80
tsc51	1,6125	1,19592	80
tsc52	,3875	,73766	80
tsc53	1,0000	1,01881	80
tsc54	,6000	1,01383	80

Nota: Tabla 103 (continuación).

En relación al conjunto de la prueba, la Tabla 104 nos informa que los distintos ítems presentan correlaciones con respecto al resto de valores que van desde .03 hasta .82. Los ítems con menores correlaciones son el ítem 23, con una correlación de .03, el ítem 22, con una correlación de .09, el ítem 8, con una correlación de .15, el ítem 47, con una correlación .16 y el ítem 17, con una correlación de .27. El ítem con una mayor correlación ha sido el 9, que ha obtenido un valor de .82. Otros ítems que han

presentado correlaciones significativas, siendo todas ellas superiores a .70 han sido las de los ítems 3, 7, 13, 15, 16, 27, 32, 42 y 43.

Por otra parte, todos los ítems contribuyen al valor alfa alcanzado (.96), puesto que en el caso de eliminar alguno de los ítems el valor alfa se mantendría en .96.

Tabla 104 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la prueba TSCC.*

Ítems	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
tsccl	38,7250	740,531	,536	,963
tsccl2	38,6500	739,901	,532	,963
tsccl3	38,7125	722,461	,765	,962
tsccl4	39,2000	748,213	,410	,963
tsccl5	39,0750	737,235	,560	,963
tsccl6	38,9625	732,290	,690	,962
tsccl7	38,7750	726,784	,731	,962
tsccl8	39,6500	762,686	,151	,964
tsccl9	38,8375	725,252	,820	,962
tsccl10	38,4250	732,855	,602	,962
tsccl11	38,8625	728,525	,673	,962
tsccl12	38,6625	731,796	,643	,962
tsccl13	38,9625	723,910	,702	,962
tsccl14	38,6250	731,402	,661	,962
tsccl15	39,3000	732,871	,723	,962
tsccl16	39,0500	725,871	,721	,962
tsccl17	39,6125	759,050	,272	,963
tsccl18	39,1375	737,664	,575	,962
tsccl19	39,1000	731,028	,688	,962
tsccl20	39,4250	737,032	,643	,962
tsccl21	39,5375	745,543	,593	,963
tsccl22	39,8375	765,834	,095	,964
tsccl23	39,7250	766,050	,030	,964
tsccl24	39,2625	747,664	,445	,963
tsccl25	39,7375	760,424	,319	,963
tsccl26	39,2625	746,272	,389	,963

tsc27	39,1750	733,691	,735	,962
tsc28	38,9000	740,851	,542	,963
tsc29	39,3375	744,404	,556	,963
tsc30	38,7500	734,063	,587	,962
tsc31	39,5375	744,935	,546	,963
tsc32	38,9625	726,163	,730	,962
tsc33	38,9625	734,492	,666	,962
tsc34	39,2125	740,068	,474	,963
tsc35	38,6750	729,994	,615	,962
tsc36	39,5125	746,228	,496	,963
tsc37	39,5250	744,126	,550	,963
tsc38	38,9875	730,975	,678	,962
tsc39	39,0500	748,782	,322	,963
tsc40	39,4875	747,747	,417	,963
tsc41	38,4375	737,515	,562	,963
tsc42	38,9500	729,137	,716	,962
tsc43	38,6125	724,013	,717	,962
tsc44	39,6625	757,973	,329	,963
tsc45	39,0750	738,779	,538	,963
tsc46	39,3625	737,550	,655	,962
tsc47	39,7625	763,475	,165	,963
tsc48	39,2875	731,676	,670	,962
tsc49	39,1250	728,288	,688	,962
tsc50	39,4000	747,180	,434	,963
tsc51	38,2500	728,291	,578	,963
tsc52	39,4750	741,316	,627	,962
tsc53	38,8625	735,563	,551	,963
tsc54	39,2625	742,449	,427	,963

Nota: Tabla 104 (continuación).

La Tabla 105 ofrece estadísticos descriptivos acerca del total de la prueba TSCC. En la indicada tabla se informa sobre la puntuación media ofrecida por los menores que cumplieron la prueba, la varianza de tal puntuación y su desviación típica en base al total de los ítems que componen la prueba ($n=54$).

Tabla 105 – *Estadísticos descriptivos para la prueba TSCC.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
39,8625	767,057	27,69579	54

6.8.1.3. Coeficientes de correlación para la validez concurrente del TSCC con el CBCL y el YSR

En la Tabla 106 se describen las correlaciones encontradas entre las pruebas TSCC y CBCL, ofreciendo los valores de coeficiente de Pearson, el nivel de significancia obtenido y el tamaño de la muestra. Se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas, moderadas y directamente proporcional entre la escala Ansiedad y Problemas de Pensamiento ($r = .27$; $p < .05$), entre la escala Depresión y Problemas Atencionales ($r = .23$; $p < .05$) y entre la escala Estrés Postraumático y Problemas de Pensamiento ($r = .28$; $p < .05$). Por otra parte, también se han obtenido correlaciones estadísticamente significativas, moderadas e inversamente proporcional entre las escalas Ira y Ansiedad Depresión ($r = -.29$; $p < .05$) y entre la escala Disociación y Conducta Agresiva ($r = -.26$; $p < .05$).

El hecho de que no se hayan obtenido correlaciones más elevadas y en un mayor número de escalas podría estar determinado por la naturaleza de las pruebas sobre las que se está analizando dicha correlación, siendo el TSCC una prueba autoadministrada y la CBCL ser una prueba heteroaplicada.

Tabla 106 – *Correlación de Pearson entre el TSCC y el CBCL.*

[illegible]

TSCCTOTAL	-,056	-,102	-,180	-,157	,225	-,050	,001	-,160	-,176
	,641	,394	,130	,188	,058	,676	,995	,181	,140
	72	72	72	72	72	72	72	72	72

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$

n= 72

Nota: Tabla 106 (continuación).

En la Tabla 107 pueden observarse las correlaciones encontradas entre las pruebas TSCC e YSR. La tabla proporciona los distintos valores del coeficiente de Pearson, el nivel de significancia obtenido y el tamaño de la muestra sobre el que se ha calculado dicho coeficiente. Se han obtenido correlaciones estadísticamente significativas en prácticamente todas las escalas.

La escala Ansiedad del TSCC presenta correlaciones moderadas y directamente proporcionales con niveles de significación de .01 con respecto a todas las escalas de la YSR (y con respecto al total), a excepción de la escala Búsqueda de atención, que presenta una correlación en un nivel de significancia de .05 ($r = .23$; $p < .05$). La correlación más baja, con nivel de significación $< .01$, ha sido la obtenida en relación a la escala “conducta delictiva” ($r = .36$; $p < .01$), mientras que la más elevada ha sido la obtenida en relación a la escala Quejas somáticas ($r = .60$; $p < .01$).

En relación a la escala Depresión del TSCC, se han obtenido correlaciones (con respecto a la YSR) moderadas, directamente proporcionales y con niveles de significación de .01 en todas las escalas y respecto a la puntuación total de la YSR. La correlación más elevada ha sido con respecto a la escala “depresión” ($r = .77$; $p < .01$). La correlación más baja se ha obtenido con respecto a la escala Búsqueda de atención ($r = .32$; $p < .01$).

Respecto a la escala Ira, se han obtenido correlaciones significativas con respecto al resto de escalas de la YSR y la puntuación total de dicha prueba. La correlación más elevada ha sido en relación a las escalas Conducta delictiva y Quejas somáticas ($r = .69$; $p < .01$), mientras que la correlación más baja se ha obtenido con respecto a la escala Búsqueda de atención ($r = .37$; $p < .01$).

La escala Estrés Postraumático presenta correlaciones con el resto de escalas de la YSR así como respecto a su puntuación total, a excepción de la escala de Búsqueda de atención, respecto a la que no presenta una correlación significativa. La correlación más elevada se ha obtenido con respecto a la escala Depresión ($r = .65$; $p < .01$) y la más baja respecto a la escala Agresividad verbal ($r = .38$; $p < .01$).

La escala Disociación presenta correlaciones directamente proporcionales y significativas con el resto de escalas de la YSR y su puntuación total. La correlación más elevada ha sido respecto a la escala Conducta delictiva ($r = .63$; $p < .01$), mientras que la más baja la presenta respecto a la escala Búsqueda de atención ($r = .31$; $p < .01$).

La puntuación total del TSCC presenta una correlación significativa con respecto al total de la YSR ($r = .66$; $p < .01$), presentando correlaciones más elevadas aún con otras escalas como, por ejemplo respecto a la escala Depresión ($r = .70$; $p < .01$). La correlación más baja ha sido respecto a la escala Búsqueda de Atención ($r = .31$; $p < .01$).

Como se ha podido observar, la escala de Búsqueda de atención de la YSR resulta ser la escala que, en general, presenta menores correlaciones con el resto de escalas de la TSCC, no obteniéndose correlaciones significativas.

Por todo lo indicado, se puede deducir que la prueba TSCC presenta una adecuada validez concurrente con respecto a la YSR, siendo ambas pruebas autoaplicadas.

Tabla 107 – *Correlación de Pearson entre el TSCC y el YSR.*

ESCALA	ESCALA	AGRESIVIDAD	CONDUCTA	PROBLEMAS DE	QUEJAS	PROBLEMAS DE	BUSQUEDA DE	CONDUCTA	
TSCC	YSR	DEPRESIÓN	VERBAL	DELICTIVA	PENSAMIENTO	SOMÁTICAS	RELACIÓN	ATENCION	FOBICO-ANSIOSA
							(aislamiento)		YSR TOTAL
ANSIEDAD		,492**	,441**	,369**	,395**	,603**	,438**	,232*	,434**
		,000	,000	,001	,001	,000	,000	,049	,000
		72	72	72	72	72	72	72	72
DEPRESIÓN		,773**	,459**	,557**	,591**	,657**	,494**	,320**	,505**
		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,006	,000
		72	72	72	72	72	72	72	72
IRA		,603**	,614**	,695**	,586**	,695**	,459**	,370**	,509**
		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000
		72	72	72	72	72	72	72	72
ESTRÉS		,657**	,381**	,451**	,442**	,536**	,471**	,179	,455**
POSTRAUMÁTICO		,000	,001	,000	,000	,000	,000	,132	,000
		72	72	72	72	72	72	72	72
DISOCIACIÓN		,626**	,551**	,634**	,538**	,627**	,493**	,319**	,452**
		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,006	,000
		72	72	72	72	72	72	72	72

TSCCTOTAL	,705**	,538**	,601**	,566**	,686**	,524**	,312**	,521**	,666**
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,008	,000	,000
	72	72	72	72	72	72	72	72	72

*p≤.05 **p≤.01

n= 72.

Nota: Tabla 107 (continuación).

6.8.1.4. Validez discriminante para el análisis de diferencias por edad, género y ser o no menor polivictimizado.

A continuación se exponen los resultados en cuanto a la validez discriminante del TSCC y sus sub-escalas en función del género de la víctima, la edad de la misma y, por último, el hecho de haber sido o no polivictimizado.

a. Validez discriminante para el análisis de las diferencias por género

La Tabla 108 presenta los estadísticos descriptivos para cada una de las escalas y los distintos grupos (niños y niñas).

Tabla 108 – Estadísticos descriptivos por grupo en función del sexo.

Escala TSCC	Sexo		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
	victima					
ANSIEDAD	Varones		29	5,6864	4,07479	,75667
	Mujeres		61	7,5843	4,84629	,62050
DEPRESIÓN	Varones		29	5,5517	4,27272	,79342
	Mujeres		61	8,1083	5,90128	,75558
IRA	Varones		29	3,5172	3,66080	,67979
	Mujeres		61	5,1012	5,36123	,68644
ESTRÉS	Varones		29	8,0345	5,42799	1,00795
POSTRAUMÁTICO	Mujeres		61	12,3294	6,52984	,83606
DISOCIACIÓN	Varones		29	6,0690	5,21626	,96864
	Mujeres		61	8,5373	6,14261	,78648
TSCC TOTAL	Varones		29	28,8588	20,11191	3,73469
	Mujeres		61	41,6606	25,68443	3,28855

Las pruebas *t* de Student (Tabla 109) señalaron diferencias estadísticamente significativas, entre los grupos de varones y mujeres en las escalas de Depresión, Estrés Postraumático y la puntuación total del TSCC, siendo las niñas las que presentaron puntuaciones significativamente más elevadas. En el caso de las escalas Ansiedad, Ira y Disociación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas.

La Ansiedad no fue significativamente superior para el grupo de las niñas en comparación con los niños (5.68 vs. 7.58; $t_{88} = -1.82$; $p = .072$). En relación a la Ira los

datos informan que no habrían diferencias significativas entre el sexo y el nivel de ira mostrado (3.51 vs. 5.10; $t_{88} = -1.43$; $p = .154$). Para la Disociación la prueba t de Student tampoco determinó que hubieran diferencias estadísticamente significativas entre los niños y las niñas (6.06 vs. 8,53; $t_{88} = -1.86$; $p = .065$).

En el caso de la Depresión, el grupo de niñas mostró puntuaciones significativamente superiores en dicha escala en comparación con los niños (5.55 vs 8.10; $t_{88} = -2.08$; $p < .05$). Asimismo, en la escala de Estrés Postraumático las niñas mostraron mayores puntuaciones que los niños, siendo tales puntuaciones estadísticamente significativas (8,03 vs. 12,32; $t_{88} = -3.07$; $p < .05$). También en la puntuación total de la prueba TSCC las niñas obtuvieron puntuaciones más elevadas que los niños, resultando estadísticamente significativas la diferencia en las puntuaciones obtenidas (28,85 vs. 41,66; $t_{88} = -2.36$; $p < .05$).

Tabla 109 – *Prueba de muestras independientes para la variable sexo.*

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Prueba T para la igualdad de medias				
						95% Intervalo de confianza para la diferencia				
Escala TSCC		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
ANS	Se han asumido varianzas iguales	,007	,933	-1,823	88	,072	-1,89793	1,04091	-3,96652	,17066
	No se han asumido varianzas iguales			-1,940	64,673	,057	-1,89793	,97856	-3,85243	,05657
DEP	Se han asumido varianzas iguales	3,293	,073	-2,085	88	,040	-2,55655	1,22619	-4,99335	-,11975
	No se han asumido varianzas iguales			-2,333	73,575	,022	-2,55655	1,09564	-4,73987	-,37323
IRA	Se han asumido varianzas iguales	2,750	,101	-1,438	88	,154	-1,58399	1,10181	-3,77360	,60563
	No se han asumido varianzas iguales			-1,640	76,900	,105	-1,58399	,96608	-3,50774	,33977
EP	Se han asumido varianzas iguales	3,120	,081	-3,071	88	,003	-4,29491	1,39858	-7,07429	-1,51553
	No se han asumido varianzas iguales			-3,280	65,347	,002	-4,29491	1,30957	-6,91003	-1,67979
DIS	Se han asumido varianzas iguales	,706	,403	-1,866	88	,065	-2,46835	1,32261	-5,09677	,16007
	No se han asumido varianzas iguales			-1,978	64,089	,052	-2,46835	1,24772	-4,96089	,02419
TSCC	Se han asumido varianzas iguales	1,430	,235	-2,360	88	,020	-12,80173	5,42507	-23,58291	-2,02055
TOTAL	No se han asumido varianzas iguales			-2,573	68,918	,012	-12,80173	4,97619	-22,72917	-2,87429

p≤.05

Nota: ANS: Ansiedad; DEP: Depresión; EP: Estrés Postraumático; DIS: Disociación.

b. Validez discriminante para el análisis de las diferencias por grupos de edad

En la Tabla 110 pueden observarse los estadísticos descriptivos de cada una de las escalas por grupos, según los menores tengan una edad comprendida entre los 8 y los 12 años o bien tengan una edad entre los 13 y los 16 años. Dicha clasificación por grupos de edad (así como la diferencia por sexos) se basa en el importante rol que juegan dichas variables y, en concreto, en las diferencias entre dichas edades, en la expresión de la sintomatología postraumática (Cauffman et al., 1998, en Wolpaw, 2005).

Tabla 110 – Estadísticos descriptivos por grupos en función de la edad.

Escala TSCC	Grupos de		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
	edad					
ANSIEDAD	8-12 años		35	6,1385	3,60953	,61012
	13-16 años		55	7,5037	5,20339	,70162
DEPRESIÓN	8-12 años		35	5,6076	4,51539	,76324
	13-16 años		55	8,3516	5,89238	,79453
IRA	8-12 años		35	3,6171	4,50891	,76214
	13-16 años		55	5,2105	5,09829	,68745
ESTRÉS	8-12 años		35	8,0814	5,02899	,85005
POSTRAUMÁTICO	13-16 años		55	12,7681	6,68910	,90196
DISOCIACIÓN	8-12 años		35	5,6481	4,25128	,71860
	13-16 años		55	9,0744	6,49774	,87616
TSCC TOTAL	8-12 años		35	29,0927	19,11614	3,23122
	13-16 años		55	42,9083	26,39491	3,55909

La prueba *t* de Student (Tabla 111) aplicada con el fin de determinar la existencia o no de diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de edad (8-12 vs 13-16) en las distintas escalas que componen el TSCC, así como en relación a su puntuación total nos ha aportado la siguiente información:

Con respecto a la escala de Ansiedad indicar que el análisis de la validez discriminante mediante la prueba *t* de Student para determinar la presencia de diferencias en función de la edad nos lleva a asumir que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de ansiedad y la edad (6.13 vs. 7.50; $t_{88} = -1.35$; $p = .178$).

En la escala Ira el cálculo de la prueba t de Student informa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de irascibilidad y la edad (3.61 vs. 5.21; $t_{88} = -1.51$; $p = .135$).

Se detectan diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de edad en el caso de las escalas Depresión (5,60 vs. 8,35; $t_{84} = -2.49$; $p < .05$), Estrés Postraumático (8,09 vs. 12,76; $t_{85} = -3.78$; $p < .05$), Disociación (5,64 vs. 9,07; $t_{87} = -3.02$; $p < .05$) y la puntuación total del TSCC (29,09 vs. 42,90; $t_{86} = -2.87$; $p < .05$). En todos los casos, las puntuaciones más elevadas las obtuvieron los niños/-as más mayores (13-16 años).

Tabla 111 – *Prueba de muestras independientes para la variable edad.*

		Prueba de Levene para la		Prueba T para la igualdad de medias		95% Intervalo de confianza		para la diferencia	
Escala TSCE		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior Superior
ANS	Se han asumido varianzas iguales	2,828	,096	-1,357	88	,178	-1,36523	1,00604	-3,36453 ,63407
	No se han asumido varianzas iguales			-1,468	87,280	,146	-1,36523	,92980	-3,21322 ,48276
DEP	Se han asumido varianzas iguales	5,863	,018	-2,349	88	,021	-2,74394	1,16808	-5,06525 -,42264
	No se han asumido varianzas iguales			-2,491	84,867	,015	-2,74394	1,10173	-4,93453 -,55336
IRA	Se han asumido varianzas iguales	1,376	,244	-1,510	88	,135	-1,59332	1,05497	-3,68985 ,50320
	No se han asumido varianzas iguales			-1,552	78,933	,125	-1,59332	1,02638	-3,63631 ,44966
EP	Se han asumido varianzas iguales	6,168	,015	-3,552	88	,001	-4,68668	1,31929	-7,30849 -2,06487
	No se han asumido varianzas iguales			-3,781	85,455	,000	-4,68668	1,23940	-7,15076 -2,22260
DIS	Se han asumido varianzas iguales	12,316	,001	-2,763	88	,007	-3,42637	1,24007	-5,89074 -,96200
	No se han asumido varianzas iguales			-3,024	87,908	,003	-3,42637	1,13315	-5,67830 -1,17444
TSCE	Se han asumido varianzas iguales	6,535	,012	-2,679	88	,009	-13,81555	5,15642	-24,06285 -3,56824
TOTAL	No se han asumido varianzas iguales			-2,874	86,438	,005	-13,81555	4,80707	-23,37099 -4,26011

p≤.05

Nota: ANS: Ansiedad; DEP: Depresión; EP: Estrés Postraumático; DIS: Disociación.

c. Validez discriminante para el análisis de diferencias por haber sufrido polivictimización

En la siguiente tabla (Tabla 112), pueden observarse datos descriptivos referentes a los menores que han sido polivictimizados, esto es que hayan sufrido otro tipo de victimizaciones a parte del abuso sexual, con anterioridad o de forma coetánea al mismo. Los datos vienen distribuidos en función del sexo y de si han sido o no menores polivictimizados.

Tabla 112 – *Tabla de contingencia por grupos en función del sexo y la polivictimización.*

			Polivictimización		
			NO	SÍ	Total
Sexo víctima	Varones	Recuento	12	17	29
		% dentro de polivictimización (no/sí)	36,4%	29,8%	32,2%
		% del total	13,3%	18,9%	32,2%
	Mujeres	Recuento	21	40	61
		% dentro de polivictimización (no/sí)	63,6%	70,2%	67,8%
		% del total	23,3%	44,4%	67,8%
Total		Recuento	33	57	90
		% dentro de polivictimización (no/sí)	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	36,7%	63,3%	100,0%

En la Tabla 113 se ofrecen datos descriptivos referentes a los menores que han sido polivictimizados en relación a la edad de los mismos. Los datos vienen distribuidos en función de la edad (8-12 años vs. 13-16 años) y del hecho de haber sido o no menores polivictimizados.

Tabla 113 – *Tabla de contingencia por grupos en función de la edad y la polivictimización.*

			Polivictimización		
			NO	SÍ	Total
GRUPOS DE EDAD	8-12	Recuento	14	21	35
		% dentro de polivictimización sí/no	42,4%	36,8%	38,9%
		% del total	15,6%	23,3%	38,9%
	13-16	Recuento	19	36	55
		% dentro de polivictimización sí/no	57,6%	63,2%	61,1%
		% del total	21,1%	40,0%	61,1%
	Total	Recuento	33	57	90
		% dentro de polivictimización sí/no	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	36,7%	63,3%	100,0%

La siguiente tabla (Tabla 114) ofrece el número de casos y el porcentaje de los mismos en relación al grupo de menores polivictimizados. Como puede observarse, al final de la tabla se efectúa un sumatorio o porcentaje total que, en base a las tablas anteriores excede el número de casos de menores polivictimizados ($n = 57$) y supera el porcentaje del 100%. Ello se debe a que un mismo menor puede estar siendo víctima de distintas situaciones victimizantes a la vez como por ejemplo, estar siendo víctima de bullying en el colegio y ser testigo de maltrato o violencia en su domicilio.

Tabla 114 – Estadísticos descriptivos para los distintos tipos de victimización.

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
Otros abusos sexuales	4	3,8%	7,0%
Maltrato físico	13	12,3%	22,8%
Maltrato psicológico	16	15,1%	28,1%
Negligencia	8	7,5%	14,0%
Omisión	8	7,5%	14,0%
Testigo de maltrato o violencia	22	20,8%	38,6%
Bullying	30	28,3%	52,6%
Trata o prostitución	1	,9%	1,8%
Abuso a través de medios tecnológicos	4	3,8%	7,0%
Total	106	100,0%	186,0%

La siguiente tabla (Tabla 115) ofrece estadísticos descriptivos en relación a las puntuaciones obtenidas por los menores en las distintas escalas de la prueba TSCC en función de haber sido o no polivictimizado.

Tabla 115 – Estadísticos descriptivos de grupo para la polivictimización.

Escala TSCC	Polivictimización	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
ANSIEDAD	No	33	5,1782	3,63355	,63252
	Sí	57	8,0117	4,91829	,65144
DEPRESIÓN	No	33	5,0768	4,30148	,74879
	Sí	57	8,5626	5,79887	,76808
IRA	No	33	2,4606	3,29069	,57284
	Sí	57	5,8241	5,28840	,70047
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	No	33	9,0514	5,96539	1,03844
	Sí	57	12,0420	6,57403	,87075
DISOCIACIÓN	No	33	5,5561	4,77326	,83092
	Sí	57	9,0074	6,22134	,82404
TSCC TOTAL	No	33	27,3232	19,05097	3,31635
	Sí	57	43,4479	25,73218	3,40831

Las pruebas t de Student (Tabla 116) informan sobre diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas por los niños en todas las escalas del TCC así como en la puntuación total de la prueba psicométrica dependiendo de la condición de ser un menor polivictimizado o no. En todos los casos fueron los menores polivictimizados los que obtuvieron puntuaciones más elevadas.

Así, los resultados del cálculo de la t de Student para determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas dependiendo de la condición de ser o no un menor polivictimizado para cada escala y el total de la prueba han sido:

Para la escala Ansiedad (5,17 vs. 8,01; $t_{88} = -2.88$; $p < .05$). En el caso de la escala Depresión (5,07 vs. 8,56; $t_{88} = -3.00$; $p < .05$). En relación a la Ira (2,46 vs. 5,82; $t_{87} = -3.71$; $p < .05$). Para la escala de Estrés Postraumático (9,05 vs. 12,04; $t_{88} = -2.15$; $p < .05$). En el caso de la Disociación (5,55 vs. 9,00; $t_{81} = -2.94$; $p < .05$). Finalmente, para la puntuación total de la prueba (27,32 vs. 43,44; $t_{88} = -3.13$; $p < .05$)

Tabla 116 – *Prueba de muestras independientes para la variable polivictimización.*

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas					Prueba T para la igualdad de medias			
							95% Intervalo de confianza para la diferencia			
Escala TSCC		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
ANS	Se han asumido varianzas iguales	,931	,337	-2,883	88	,005	-2,83351	,98297	-4,78696	-,88005
	No se han asumido varianzas iguales			-3,121	82,712	,002	-2,83351	,90800	-4,63957	-1,02744
DEP	Se han asumido varianzas iguales	2,591	,111	-3,005	88	,003	-3,48581	1,16009	-5,79124	-1,18039
	No se han asumido varianzas iguales			-3,250	82,546	,002	-3,48581	1,07268	-5,61950	-1,35213
IRA	Se han asumido varianzas iguales	7,497	,007	-3,298	88	,001	-3,36354	1,01978	-5,39014	-1,33694
	No se han asumido varianzas iguales			-3,717	87,479	,000	-3,36354	,90487	-5,16193	-1,56515
EP	Se han asumido varianzas iguales	,668	,416	-2,150	88	,034	-2,99058	1,39106	-5,75502	-,22614
	No se han asumido varianzas iguales			-2,207	72,374	,031	-2,99058	1,35520	-5,69188	-,28927
DIS	Se han asumido varianzas iguales	4,282	,041	-2,750	88	,007	-3,45128	1,25495	-5,94524	-,95732
	No se han asumido varianzas iguales			-2,949	81,081	,004	-3,45128	1,17024	-5,77966	-1,12291
TSCC	Se han asumido varianzas iguales	3,084	,083	-3,134	88	,002	-16,12472	5,14546	-26,35024	-5,89920
TOTAL	No se han asumido varianzas iguales			-3,391	82,625	,001	-16,12472	4,75550	-25,58385	-6,66559

$p \leq .05$

Nota: ANS: Ansiedad; DEP: Depresión; EP: Estrés Postraumático; DIS: Disociación.

6.8.2. Resultados para el TSCYC

Tal como se hizo anteriormente para el TSCC, en el apartado presente se exponen los resultados estadísticos tras la adaptación psicométrica del TSCYC efectuada en el presente estudio. Para ello, tal como se ha realizado en el caso del TSCC, se ha llevado a cabo un análisis factorial, para determinar la fiabilidad se ha realizado el análisis del alfa de Cronbach para valorar la consistencia interna de la prueba y, en relación a la validez, se ha analizado la validez concurrente con respecto a otras pruebas como la Youth Self Report y la validez discriminante en función del sexo, la edad y vivido, o no, una historia de polivictimización. Los indicados cálculos se han podido efectuar en base a las respuestas registradas en la prueba TSCYC por parte de un total de 56 sujetos (padres, madres y/o tutores legales de los menores víctimas).

6.8.2.1. Análisis de la estructura factorial de las escalas clínicas del TSCYC.

a. ANSIEDAD

Las comunalidades obtenidas en la escala de Ansiedad para la prueba TSCYC que van desde el .09 hasta el .75, superan el .50 en más de la mitad de los ítems (Tabla 117). Así, los ítems 7, 21, 31, 32 y 76, cada uno de ellos, por sí mismos, explicarían más del 50% de la varianza. Por otro lado, el ítem 67 apenas explicaría varianza alguna con respecto a la ansiedad al obtener un valor de .09. El ítem 57 tampoco ofrece una explicación alta de la varianza al obtener un valor de .25. Otros dos ítems que explican un bajo grado de varianza, aunque próximos a explicar un 50% de la variabilidad serían los ítems 42 (que explica un 42% de la varianza) y el ítem 44 (que explica un 47% de la varianza).

Tabla 117 – *Comunalidades para cada ítem de la escala Ansiedad.*

Ítem	Inicial	Extracción
TSCYC7	1,000	,640
TSCYC21	1,000	,602
TSCYC31	1,000	,503
TSCYC32	1,000	,755
TSCYC42	1,000	,428
TSCYC44	1,000	,473
TSCYC57	1,000	,256
TSCYC67	1,000	,098
TSCYC76	1,000	,675

Nota: método de extracción
Análisis de Componentes
Principales.

En la extracción de factores para la escala Ansiedad de la prueba TSCYC, se obtuvo un único factor que explica un 49,22% de la varianza total explicada (Tabla 118).

Tabla 118 – *Varianza total explicada para la escala Ansiedad.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,430	49,221	49,221	4,430	49,221	49,221
2	1,172	13,025	62,247			
3	,894	9,939	72,185			
4	,743	8,261	80,446			
5	,599	6,655	87,101			
6	,428	4,755	91,856			
7	,302	3,360	95,217			
8	,240	2,672	97,889			
9	,190	2,111	100,000			

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.

Tras obtener la matriz de componentes rotados mediante el método de rotación ortogonal Varimax (Tabla 119), se han obtenido correlaciones de entre .31 y .86 entre cada uno de los ítems en relación al componente principal de Ansiedad. En más de la mitad de los ítems se obtuvieron correlaciones mayores a .70. La mayor correlación la obtuvo el ítem 32 (.86), mientras que las menores correlaciones las obtuvieron los ítems 67 (.31) y 57 (.50).

Tabla 119 – Matriz de componentes rotados para la escala Ansiedad.

Ítem	Componente
	1
TSCYC7	,800
TSCYC21	,776
TSCYC31	,709
TSCYC32	,869
TSCYC42	,654
TSCYC44	,688
TSCYC57	,506
TSCYC67	,313
TSCYC76	,822

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.
Método de rotación, normalización Varimax con Kaiser.

b. DEPRESION

Para la escala Depresión en la prueba TSCYC las comunalidades obtenidas (Tabla 120) informaron sobre una baja varianza explicada para cada uno de los ítems que componen la escala. Los distintos ítems obtuvieron valores de varianza explicada que van desde el .29 hasta el .60. Así, el ítem 61 sería el que explicaría una menor varianza, al explicar únicamente un 29% de la varianza. Otros ítems que ofrecen una baja explicación de la varianza son los ítems 71 (.32), 18 (.32), 54 (.35), 41 (.38) y 68 (.48) ya que ninguno de ellos alcanza a explicar un mínimo del 50% de la varianza. Los ítems 84 y 88 serían los que explicarían una mayor varianza, al explicar respectivamente un 60% y un 59% de la varianza.

Tabla 120 – *Comunalidades para cada ítem de la escala Depresión.*

Ítem	Inicial	Extracción
TSCYC2	1,000	,561
TSCYC18	1,000	,328
TSCYC41	1,000	,387
TSCYC54	1,000	,353
TSCYC61	1,000	,294
TSCYC68	1,000	,484
TSCYC71	1,000	,322
TSCYC84	1,000	,600
TSCYC88	1,000	,592

Nota: método de extracción
Análisis de Componentes
Principales.

Tras el análisis de componentes principales para la escala Depresión, se obtuvo un único factor que explica un 43,5% de la varianza total (Tabla 121). La opción de incrementar la escala en dos factores se desechó después de observar que el segundo factor, aunque ayudaría a incrementar el total de la varianza explicada al 61,6%, el factor por sí mismo únicamente aportaría un 18% de la varianza total explicada. De este modo, coincidimos con la estructura factorial del estudio original.

Tabla 121 – *Varianza total explicada para la escala Depresión.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,921	43,572	43,572	3,921	43,572	43,572
2	1,640	18,221	61,793			
3	1,071	11,897	73,690			
4	,795	8,837	82,527			
5	,486	5,405	87,932			
6	,407	4,520	92,452			
7	,294	3,268	95,720			
8	,236	2,625	98,346			
9	,149	1,654	100,000			

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.

Tras llevar a cabo una rotación ortogonal mediante el método Varimax, en la escala Depresión de la prueba TSCYC (Tabla 122), puede observarse como las correlaciones de los distintos ítems en relación al componente principal Depresión todas son superiores al .50, en un rango que van desde el .54 hasta el .77. Los ítems que menores correlaciones presentaron fueron el 61 (.54), 71 (.56) y el 18 (.57), mientras que los que presentaron mayores correlaciones fueron los ítems 84 (.77), 88 (.76) y el 2 (.74).

Tabla 122 – *Matriz de componentes rotados para la escala Depresión.*

Ítem	Componente
	1
TSCYC2	,749
TSCYC18	,573
TSCYC41	,622
TSCYC54	,594
TSCYC61	,542
TSCYC68	,695
TSCYC71	,568
TSCYC84	,775
TSCYC88	,769

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.
Método de rotación, normalización Varimax con Kaiser.

c. IRA/AGRESIVIDAD

Para la escala Ira-Agresividad, la tabla sobre comunalidades (Tabla 123) informa que cada uno los ítems a excepción de uno de ellos (el ítem 58) explicarían por sí solos un mínimo del 50% de la varianza para la escala Ira-Agresividad del TSCYC. Las comunalidades han ofrecido valores que van desde el .45 hasta el .78. El ítem que explica un menor grado de varianza es el ítem 58, que únicamente es capaz de explicar un 45% de la varianza dentro de la escala. Aquellos ítems que aportan una mayor variabilidad explicada son el 34 y el 90, explicando el 78% de la varianza en el caso del ítem 34 y el 71% en el caso del ítem 90.

Tabla 123 – *Comunalidades para cada ítem de la escala Ira-Agresividad.*

Ítem	Inicial	Extracción
TSCYC1	1,000	,626
TSCYC15	1,000	,659
TSCYC23	1,000	,570
TSCYC34	1,000	,782
TSCYC43	1,000	,566
TSCYC58	1,000	,459
TSCYC62	1,000	,629
TSCYC87	1,000	,625
TSCYC90	1,000	,712

Nota: método de extracción
Análisis de Componentes
Principales.

Tras la extracción de factores para la escala Ira-Agresividad de la prueba TSCYC, se ha obtenido un único factor que por sí mismo es capaz de explicar hasta un 62% del total de la varianza (Tabla 124).

Tabla 124 – *Varianza total explicada para la escala Ira-Agresividad.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,627	62,527	62,527	5,627	62,527	62,527
2	,886	9,840	72,367			
3	,630	7,000	79,367			
4	,483	5,363	84,731			
5	,406	4,511	89,242			
6	,389	4,317	93,558			
7	,253	2,807	96,365			
8	,211	2,340	98,705			
9	,117	1,295	100,000			

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.

Tras la rotación ortogonal del factor mediante el método Varimax en la escala de Ira-Agresividad para el TSCYC (Tabla 125), se han obtenido correlaciones muy elevadas, superando cada uno de los factores una correlación mínima de .70 a excepción del ítem 58 que presenta una correlación respecto a la escala Ira-Agresividad de .67 (siendo ésta también satisfactoria). Las correlaciones obtenidas se encuentran en un rango de entre .67 y .88. Los ítems que presentan mayores correlaciones con la escala son los ítems 34 (con una correlación de .88), 90 (con una correlación de .84) y 15 (con una correlación de .81).

Tabla 125 – *Matriz de componentes rotados para la escala Ira-Agresividad.*

Ítem	Componente
	1
TSCYC1	,791
TSCYC15	,812
TSCYC23	,755
TSCYC34	,884
TSCYC43	,753
TSCYC58	,677
TSCYC62	,793
TSCYC87	,791
TSCYC90	,844

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.
Método de rotación, normalización Varimax con Kaiser.

d. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-INTRUSIÓN

Las comunalidades obtenidas en la escala Intrusión de pensamiento en el Estrés Postraumático (Tabla 126), son superiores al .50 en la mayoría de los ítems, lo que significa que aquellos ítems superiores a .50 explican un mínimo del 50% de la varianza dentro de la escala que nos ocupa. Las comunalidades obtenidas se encuentran en un rango que van desde el .07 hasta el .72. De este modo, el ítem 27 apenas explicaría varianza alguna dentro de la escala, puesto que únicamente explica un 7% de la varianza dentro de la escala. Otros ítems que explican un bajo nivel de varianza son los ítems 4 y 24 que explican respectivamente un 29% y un 20% de la varianza dentro de la escala. Ítems que ofrecen una elevada varianza explicada son el 63, que explica un 72% de la varianza y el ítem 19, que explica un 69%.

Tabla 126 – *Comunalidades para cada ítem de la escala Estrés Postraumático-Intrusión.*

Ítem	Inicial	Extracción
TSCYC4	1,000	,294
TSCYC11	1,000	,593
TSCYC19	1,000	,696
TSCYC24	1,000	,207
TSCYC27	1,000	,078
TSCYC36	1,000	,502
TSCYC63	1,000	,720
TSCYC69	1,000	,559
TSCYC80	1,000	,510

Nota: método de extracción
Análisis de Componentes
Principales.

En la escala Intrusión de pensamiento en el Estrés Postraumático se ha obtenido una solución consistente en un único factor que explica un 46% de la varianza total (Tabla 127). En caso de incluir un segundo factor, éste únicamente portaría un 15% más en la varianza total explicada (incrementándose ésta en el 61,8%). Dado que el segundo factor no aportaría un porcentaje especialmente significativo a nivel incremental, en la presente investigación se ha optado por una solución de un único factor, coincidiendo así con la investigación original.

Tabla 127 – *Varianza total explicada para la escala Estrés Postraumático-Intrusión.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,158	46,197	46,197	4,158	46,197	46,197
2	1,412	15,685	61,882			
3	,979	10,874	72,756			
4	,665	7,394	80,150			
5	,528	5,868	86,018			
6	,488	5,427	91,445			
7	,369	4,098	95,543			
8	,237	2,629	98,172			
9	,165	1,828	100,000			

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.

Tras una rotación ortogonal mediante el método Varimax, realizada en la escala Estrés Postraumático-Intrusión (Tabla 128), se han obtenido correlaciones elevadas en prácticamente todos los ítems, encontrándose éstas en un rango de entre .27 y .84. En la mayoría de los ítems (6 de los 9 ítems que conforman la escala) la correlación es superior a .70. Los ítems 27 y 24 han sido los que han obtenido una menor correlación con respecto al componente Intrusión de pensamiento, al lograr un valor de .27 y .45 respectivamente. Los ítems que han presentado mayores correlaciones han sido el 63, con una correlación de .84, y el ítem 19, con una correlación de .83.

Tabla 128 – *Matriz de componentes rotados para la escala Estrés Postraumático-Intrusión.*

Ítem	Componente
	1
TSCYC4	,542
TSCYC11	,770
TSCYC19	,834
TSCYC24	,455
TSCYC27	,279
TSCYC36	,708
TSCYC63	,848
TSCYC69	,748
TSCYC80	,714

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.
Método de rotación, normalización Varimax con Kaiser.

e. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EVITACIÓN

En la escala Evitación en el Estrés Postraumático de la prueba TSCYC se han obtenido comunalidades con valores especialmente bajos, con valores comprendidos entre .02 y .73. Esto implica que la mayoría de ítems, por sí solos, ofrecen una baja explicación de la varianza dentro de la escala que nos ocupa. Por ejemplo, el ítem 72 únicamente explica un 2% de la varianza dentro de la escala; los ítems 70, 55 y 49, por ejemplo, explican sólo un 25%, 26% y 32% de la varianza respectivamente. Otros ítems sí ofrecen un grado de varianza explicada satisfactorio como en el caso del ítem 81, que explica un 73% de la varianza, el ítem 39, que explica un 66% de la varianza, y el ítem 29 que explica un 61%. De todo ello nos informa la Tabla 129.

Tabla 129 – *Comunalidades para cada ítem de la escala Estrés Postraumático-Evitación.*

Ítem	Inicial	Extracción
TSCYC8	1,000	,422
TSCYC13	1,000	,458
TSCYC29	1,000	,614
TSCYC39	1,000	,667
TSCYC49	1,000	,326
TSCYC55	1,000	,261
TSCYC70	1,000	,259
TSCYC72	1,000	,021
TSCYC81	1,000	,731

Nota: método de extracción
Análisis de Componentes
Principales.

En la escala Evitación en el Estrés Postraumático de la prueba TSCYC se ha obtenido un único factor que explica un 41% de la varianza total de la escala (Tabla 130). Incrementar la escala a dos factores se ha considerado no deseable, puesto que el segundo factor únicamente aportaría un 15% más de explicación en la varianza total de la escala. De este modo, el presente estudio se ajusta a la solución de un único factor, como en el caso del estudio original.

Tabla 130 – *Varianza total explicada para la escala Estrés Postraumático-Evitación.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,759	41,769	41,769	3,759	41,769	41,769
2	1,429	15,880	57,649			
3	,935	10,386	68,035			
4	,811	9,007	77,043			
5	,608	6,757	83,800			
6	,494	5,486	89,285			
7	,447	4,968	94,253			
8	,322	3,579	97,832			
9	,195	2,168	100,000			

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.

En la matriz de componentes rotados de la escala Evitación en el Estrés Postraumático mediante el método Varimax (Tabla 131), se han obtenido correlaciones significativas entre los distintos ítems y el componente principal en prácticamente todos los casos, correlaciones comprendidas entre .14 y .85. Las correlaciones más bajas son las que presentan los ítems 72, 55 y 49 (correlaciones con valores de .14, .51 y .57 respectivamente); los ítems 81, 39 y 29 fueron los que mayores correlaciones han presentado (con valores de .85, .81 y .78 respectivamente).

Tabla 131 – *Matriz de componentes rotados para la escala Estrés Postraumático-Evitación.*

Ítem	Componente
	1
TSCYC8	,650
TSCYC13	,677
TSCYC29	,784
TSCYC39	,817
TSCYC49	,571
TSCYC55	,511
TSCYC70	,509
TSCYC72	,145
TSCYC81	,855

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.
Método de rotación, normalización Varimax con Kaiser.

f. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO AROUSAL

Las comunalidades obtenidas en la escala de activación o Arousal en el Estrés Postraumático (Tabla 132) informan que la mayoría de ítems ofrecen un bajo grado de varianza explicada de la escala. Los valores obtenidos en las comunalidades se encuentran en un rango que va desde .014 al .671. El ítem que explica un menor grado de varianza es el 47, que solo es capaz de explicar un 1% de la varianza. Otros ítems también explican bajos grados de varianza tales como el 56, que explica el 20%, el ítem 10, que explica el 22% de la varianza, el ítem 74, que explica el 23% o el ítem 48 que explica el 29% de la varianza. Los ítems que ofrecen una mayor varianza explicada son el 17, que explica un 67% de la varianza de la escala, el ítem 45, que es capaz de explicar el 63% de la varianza y el ítem 82, que explica un 59% de la varianza dentro de la escala de Estrés Postraumático-Arousal.

Tabla 132 – *Comunalidades para cada ítem de la escala Estrés Postraumático-Arousal.*

Ítem	Inicial	Extracción
TSCYC10	1,000	,228
TSCYC17	1,000	,671
TSCYC26	1,000	,327
TSCYC45	1,000	,633
TSCYC47	1,000	,014
TSCYC48	1,000	,291
TSCYC56	1,000	,204
TSCYC74	1,000	,235
TSCYC82	1,000	,594

Nota: método de extracción
Análisis de Componentes
Principales.

Tras la extracción de factores mediante el Análisis de Componentes Principales (Tabla 133), se ha obtenido un único factor para la escala Estrés Postraumático-Arousal que es capaz de explicar un 35% del total de la varianza. Se ha optado por la solución de un único factor puesto que el segundo únicamente ofrecería un incremento del 17% en el total de la varianza explicada.

Tabla 133 – *Varianza total explicada para la escala Estrés Postraumático-Arousal.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,197	35,525	35,525	3,197	35,525	35,525
2	1,587	17,629	53,154			
3	1,158	12,862	66,016			
4	,851	9,457	75,473			
5	,695	7,721	83,194			
6	,533	5,927	89,121			
7	,451	5,007	94,128			
8	,353	3,920	98,047			
9	,176	1,953	100,000			

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.

Al aplicar la rotación ortogonal mediante el método Varimax (Tabla 134), se obtienen correlaciones que van desde el .12 hasta el .81. Las correlaciones más bajas son las que presentan los ítems 47, 56, 10 y 74, ítems que han obtenido correlaciones de .12, .45, .47 y .48 respectivamente. Los ítems que han obtenido mayores correlaciones con respecto a la escala a la que pertenecen (Estrés Postraumático-Arousal) han sido el ítem 17, con una correlación de .81, el ítem 45, con una correlación de .79, y el ítem 82, que presenta una correlación de .77.

Tabla 134 – *Matriz de componentes rotados para la escala Estrés Postraumático-Arousal.*

Ítem	Componente
	1
TSCYC10	,477
TSCYC17	,819
TSCYC26	,571
TSCYC45	,796
TSCYC47	,120
TSCYC48	,539
TSCYC56	,452
TSCYC74	,485
TSCYC82	,771

Nota: método de extracción
Análisis de Componentes
Principales.
Método de rotación,
normalización Varimax con
Kaiser.

g. DISOCIACIÓN

En la escala Disociación puede observarse como las comunalidades presentan valores superiores al .50 en la mayoría de los ítems (Tabla 135), lo que significa que el ítem en sí explica un mínimo de un 50% de la varianza de la escala a la que pertenece (Disociación). Los valores obtenidos se encuentran en un rango que va desde el .18 hasta el .77. Los ítems que ofrecen una menor varianza explicada son el 25, que únicamente es capaz de explicar un 18% de la varianza, el ítem 5, que explica un 41% de la varianza de la escala, y el ítem 33 que, próximo a poder explicar un mínimo de un 50% de la varianza (valor mínimo deseable), por sí solo explica un 48% de la varianza. Por otro lado, los ítems que ofrecen una mayor varianza explicada son los ítems 52, 46 y 78 que ofrecen una varianza explicada del 77%, 72% y 69% respectivamente.

Tabla 135 – *Comunalidades para cada ítem de la escala Disociación.*

Ítem	Inicial	Extracción
TSCYC5	1,000	,411
TSCYC25	1,000	,189
TSCYC28	1,000	,612
TSCYC33	1,000	,486
TSCYC38	1,000	,644
TSCYC46	1,000	,727
TSCYC52	1,000	,775
TSCYC78	1,000	,699
TSCYC85	1,000	,510

Nota: método de extracción
Análisis de Componentes
Principales.

Al extraer los factores mediante el Análisis de Componentes Principales (Tabla 136), se ha obtenido un único factor que es capaz de explicar un 56% del total de la varianza explicada. Se descarta la posibilidad de una solución basada en dos factores puesto que el segundo factor únicamente aportaría un incremento del 12,8% en la varianza total explicada. De este modo se coincide con la investigación original del autor en la solución de un solo factor.

Tabla 136 – *Varianza total explicada para la escala Disociación.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,053	56,145	56,145	5,053	56,145	56,145
2	1,160	12,887	69,032			
3	,845	9,394	78,426			
4	,597	6,635	85,062			
5	,562	6,247	91,309			
6	,334	3,706	95,015			
7	,226	2,516	97,531			
8	,134	1,486	99,017			
9	,088	,983	100,000			

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.

La matriz de componentes rotados ortogonalmente mediante el método Varimax (Tabla 137) nos indica que la mayoría de ítems presentan una correlación significativa con respecto a la escala Disociación a la que pertenecen. Las correlaciones se presentan en un rango de entre .43 y .88. Indicar que 6 de los 9 ítems que conforman la escala presentan correlaciones mayores a .70. El ítem que presenta una menor correlación con respecto al resto de ítems es el 25, que ha obtenido una correlación de .43. Los ítems con mayores correlaciones son el 52, que presenta una correlación de .88, el ítem 46, que ha obtenido una correlación de .85, el ítem 78, con una correlación de .83 y el ítem 38 que presenta una correlación de .80.

Tabla 137 – *Matriz de componentes rotados para la escala Disociación.*

Ítem	Componente
	1
TSCYC5	,641
TSCYC25	,434
TSCYC28	,782
TSCYC33	,697
TSCYC38	,802
TSCYC46	,853
TSCYC52	,881
TSCYC78	,836
TSCYC85	,714

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.
Método de rotación, normalización Variax con Kaiser.

h. PREOCUPACIONES SEXUALES

Las comunalidades obtenidas en la escala Preocupaciones Sexuales han sido bajas (Tabla 138). Los valores obtenidos van desde .05 hasta .53. Únicamente dos de los ítems ofrecerían una varianza explicada aceptable. En el caso del ítem 75, éste ofrece una varianza explicada del 53% y el ítem 20 ofrece un 50% de la varianza explicada. Los ítems que ofrecen una menor varianza explicada son el 59, que apenas ofrece una explicación del 5% de la varianza de la escala Preocupaciones Sexuales y los ítems 35 y 6, que ofrecen un 10% y un 13% de la varianza explicada respectivamente.

Tabla 138 – *Comunalidades para cada ítem de la escala Preocupaciones Sexuales.*

Ítem	Inicial	Extracción
TSCYC6	1,000	,136
TSCYC12	1,000	,396
TSCYC16	1,000	,394
TSCYC20	1,000	,500
TSCYC35	1,000	,104
TSCYC50	1,000	,313
TSCYC59	1,000	,058
TSCYC65	1,000	,207
TSCYC75	1,000	,531

Nota: método de extracción
Análisis de Componentes
Principales.

En la escala referente a las Preocupaciones Sexuales se ha obtenido un único factor, el cual es capaz de explicar el 29% de la varianza total (Tabla 139).

Tabla 139 – *Varianza total explicada para la escala Preocupaciones Sexuales.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,640	29,329	29,329	2,640	29,329	29,329
2	1,930	21,444	50,773			
3	1,135	12,612	63,385			
4	,933	10,370	73,755			
5	,868	9,645	83,400			
6	,519	5,767	89,166			
7	,458	5,087	94,253			
8	,304	3,382	97,635			
9	,213	2,365	100,000			

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.

La matriz de componentes rotados mediante la solución Varimax (Tabla 140) arroja correlaciones con valores entre .24 y .72. Mientras que el ítem 59 es el que presenta una correlación más baja (.24), después del ítem 35 (.32) y el ítem 6 (.36), los ítems 75 y 20 han sido los que presentan mayores correlaciones respecto a la escala a la que pertenecen, obteniendo correlaciones con valores de .72 y .70 respectivamente.

Tabla 140 – *Matriz de componentes rotados para la escala Preocupaciones Sexuales.*

Ítem	Componente
	1
TSCYC6	,368
TSCYC12	,630
TSCYC16	,628
TSCYC20	,707
TSCYC35	,323
TSCYC50	,559
TSCYC59	,241
TSCYC65	,455
TSCYC75	,729

Nota: método de extracción Análisis de Componentes Principales.
Método de rotación, normalización Varimax con Kaiser.

6.8.2.2. Coeficiente alfa de Cronbach para la consistencia interna del TSCYC

A continuación pasan a exponerse los cálculos para el análisis del coeficiente alfa de Cronbach para la consistencia interna de la prueba y determinar, de este modo, el grado de fiabilidad del TSCYC. Los coeficientes obtenidos en las distintas escalas han resultado óptimos. En las escalas clínicas se han obtenido alfas en un rango de entre .80 y .92, valorándose de este modo que la prueba presenta óptimas cualidades psicométricas en lo que se refiere a la consistencia interna de la prueba, confirmándose también con el valor alfa obtenido en el total de la prueba, que se ha obtenido un alfa de Cronbach de .96. A pesar de ello, en relación a las escalas de validez, una de ellas ha obtenido una consistencia interna óptima, al haberse alcanzado un alfa de Cronbach en la escala RL (Nivel de Respuesta) de .82; en cambio, en la escala de validez de AR (Respuestas Atípicas) se ha obtenido un alfa de Cronbach de .29, un valor mejorable en sucesivas investigaciones. También se ha obtenido una puntuación del coeficiente alfa de Cronbach mejorable en la escala de preocupaciones sexuales, en la que se ha alcanzado un alfa de .68.

Seguidamente pasan a comentarse con mayor detalle las distintas escalas.

a. ANSIEDAD

Del total de la muestra de 56 padres para la validación de la prueba TSCYC, como puede observarse en Tabla 141, fueron válidos para el análisis de coeficiente de Cronbach para la consistencia interna de la prueba un total de 51 progenitores.

Tabla 141 – *Procesamiento de los casos para la escala Ansiedad.*

		N	%
Casos	Válidos	51	91,1
	Excluidos ^a	5	8,9
	Total	56	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

La fiabilidad en cuanto a la consistencia interna de la prueba calculada a través del coeficiente alfa de Cronbach para la escala Ansiedad ha sido elevada, al obtener una puntuación de .85. Dicha escala, tal como puede observarse en la Tabla 142, está conformada por un total de 9 ítems.

Tabla 142 – *Estadísticos de fiabilidad para la escala Ansiedad.*

Alfa de Cronbach	N de ítems
.858	9

De media, los ítems de la escala de ansiedad a los que los padres de los menores ofrecieron mayores puntuaciones fueron para los ítems 31, 32, 7 y 57 (Tabla 143).

Tabla 143 – *Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Ansiedad.*

Ítems	Media	Desviación típica	N
TSCYC7	2,3725	1,01903	51
TSCYC21	1,8431	,90272	51
TSCYC42	1,5686	,83078	51
TSCYC44	1,3137	,46862	51
TSCYC57	2,3137	1,02937	51
TSCYC67	1,3137	,61612	51
TSCYC76	1,7647	,97135	51
TSCYC31	2,5686	1,17055	51
TSCYC32	2,5294	1,13759	51

Los distintos ítems presentan correlaciones elevadas con respecto al resto de ítems que conforman la escala Ansiedad a excepción del ítem 67, que presenta una correlación de .24, siendo ésta baja (Tabla 144). La mayoría de los ítems de la escala contribuyen al hecho de haber obtenido la elevada puntuación de .85 en el cociente alfa de Cronbach para la escala Ansiedad del TSCYC a excepción de los ítems 57 y 67. En el caso de eliminar el ítem 67, el alfa de Cronbach se incrementaría de .85 hasta .86; de eliminar el ítem 57, el coeficiente del alfa de Cronbach obtenido sería .86. En ninguno de los dos casos supondría un incremento sustancial en el valor alfa de Cronbach.

Tabla 144 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Ansiedad.*

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
TSCYC7	15,2157	24,613	,720	,828
TSCYC21	15,7451	25,994	,665	,835
TSCYC42	16,0196	27,460	,549	,847
TSCYC44	16,2745	29,683	,592	,851
TSCYC57	15,2745	27,443	,410	,862
TSCYC67	16,2745	30,883	,243	,868
TSCYC76	15,8235	24,908	,730	,828
TSCYC31	15,0196	24,460	,613	,842
TSCYC32	15,0588	22,856	,807	,817

La media de las puntuaciones globales ofrecidas por los progenitores en la escala Ansiedad para el TSCYC ha sido de 17 puntos, con una varianza en las puntuaciones de 32,9 y una desviación típica de 5,7 (Tabla 145).

Tabla 145 – *Estadísticos descriptivos para la escala Ansiedad.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
17,5882	32,927	5,73821	9

b. DEPRESIÓN

De la muestra $n= 56$ de padres con hijos de entre 3 y 12 años, han sido 53 los casos válidos para el análisis del coeficiente del alfa de Cronbach (Tabla 146).

Tabla 146 – *Procesamiento de los casos para la escala Depresión.*

		N	%
Casos	Válidos	53	94,6
	Excluidos ^a	3	5,4
	Total	56	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

El alfa de Cronbach obtenido en la escala de depresión ha sido de .82, siendo éste un valor elevado que informa sobre una óptima fiabilidad (Tabla 147). La escala, tal como se indica en la tabla está formada por un total de 9 ítems.

Tabla 147 – *Estadísticos de fiabilidad para la escala Depresión.*

Alfa de Cronbach	N de ítems
.829	9

Tal como puede observarse en la Tabla 148, las puntuaciones más elevadas, en promedio, de entre los ítems de la escala de depresión han sido las ofrecidas por los sujetos en los ítems 2 y 68.

Tabla 148 – *Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Depresión.*

Ítem	Media	Desviación típica	N
TSCYC2	1,8302	,69989	53
TSCYC18	1,6415	,81085	53
TSCYC41	1,3962	,66041	53
TSCYC54	1,6226	,79000	53
TSCYC61	1,5094	,79958	53
TSCYC68	1,8302	1,10481	53
TSCYC71	1,4340	,82063	53
TSCYC84	1,6604	,73231	53
TSCYC88	1,3585	,55796	53

Los distintos ítems que conforman la escala de depresión presentan correlaciones adecuadas con respecto al resto de la escala (Tabla 139). Tales correlaciones se encuentran en un rango de entre .412 y .687. Por otro lado, todos y cada uno de los ítems contribuyen al alfa de Cronbach de .829 que presenta la escala.

Tabla 149 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Depresión.*

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
TSCYC2	12,4528	17,483	,552	,810
TSCYC18	12,6415	17,734	,412	,825
TSCYC41	12,8868	17,641	,564	,809
TSCYC54	12,6604	16,998	,550	,809
TSCYC61	12,7736	17,679	,430	,823
TSCYC68	12,4528	14,253	,687	,793
TSCYC71	12,8491	17,323	,470	,819
TSCYC84	12,6226	16,739	,656	,798
TSCYC88	12,9245	18,187	,569	,811

Las puntuaciones medias ofrecidas por parte de los progenitores con respecto al global de la escala Depresión han sido de una puntuación de 14, con una varianza de 21,20 puntos y una desviación típica de 4,60. De ello nos informa la Tabla 150.

Tabla 150 – *Estadísticos descriptivos para la escala Depresión.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
14,2830	21,207	4,60509	9

c. IRA/AGRESIVIDAD

Para el análisis del alfa de Cronbach en el caso de la escala Ira/Agresividad se ha contado con una muestra válida de $n=52$ (Tabla 151).

Tabla 151 – *Procesamiento de los casos para la escala Ira/Agresividad.*

	N	%
Casos Válidos	52	92,9
Excluidos ^a	4	7,1
Total	56	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

La escala Ira/Agresividad la forman un total de 9 ítems y presenta un alfa de Cronbach para la consistencia interna de .92, siendo la mayor puntuación obtenida para el TSCYC (Tabla 152).

Tabla 152 – *Estadísticos de fiabilidad para la escala Ira/Agresividad.*

Alfa de Cronbach	N de ítems
,922	9

Los ítems a los que los padres de los menores han ofrecido mayores puntuaciones, en promedio, en la escala de Ira/Agresividad han sido el 1 y el 58. De ello nos informa la Tabla 153.

Tabla 153 – *Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Ira/Agresividad.*

Ítem	Media	Desviación típica	N
TSCYC1	2,3077	,98097	52
TSCYC15	1,5385	,80346	52
TSCYC23	1,5000	,80440	52
TSCYC34	1,5962	,82271	52
TSCYC43	1,5385	,87361	52
TSCYC58	2,0577	,93753	52
TSCYC62	1,4038	,74780	52
TSCYC87	1,8654	,88625	52
TSCYC90	1,4808	,85154	52

Todos los ítems de la escala Ira/Agresividad presentan correlaciones excelentes en relación al resto de la escala (Tabla 154). Tales correlaciones se encuentran en un rango comprendido entre .60 y .83. Todos los ítems de la escala contribuyen, al valor alfa de Cronbach obtenido, puesto que en ningún caso, la eliminación de algún ítem en concreto conllevaría un incremento del valor alfa.

Tabla 154 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Ira/Agresividad.*

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
TSCYC1	12,9808	28,255	,734	,913
TSCYC15	13,7500	29,642	,753	,912
TSCYC23	13,7885	30,170	,686	,916
TSCYC34	13,6923	28,805	,837	,906
TSCYC43	13,7500	29,681	,676	,916
TSCYC58	13,2308	29,789	,607	,922
TSCYC62	13,8846	30,339	,726	,914
TSCYC87	13,4231	29,072	,734	,913
TSCYC90	13,8077	29,021	,777	,910

En el conjunto de la escala, la Tabla 155 nos informa que el promedio de las puntuaciones ofrecidas por los padres en relación a la Agresividad/Ira de sus hijos ha sido de 15 puntos, presentando una varianza de 36,87 puntos y una desviación típica de 6,07.

Tabla 155 – *Estadísticos descriptivos para la escala Ira/Agresividad.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítem
15,2885	36,876	6,07256	9

d. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO – INTRUSIÓN

Para el análisis estadístico de la fiabilidad de la escala de Estrés Postraumático – Intrusión, se ha contado con una muestra válida de $n=52$ (Tabla 156).

Tabla 156 – *Procesamiento de los casos para la escala Estrés Postraumático-Intrusión.*

		N	%
Casos	Válidos	52	92,9
	Excluidos ^a	4	7,1
	Total	56	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

La escala Estrés Postraumático – Intrusión la conforman un total de 9 ítems y tras el análisis del coeficiente alfa de Cronbach para la consistencia interna de la escala se ha obtenido un valor de .840, lo que significa que la escala presenta una elevada consistencia interna (Tabla 157).

Tabla 157 – *Estadísticos de fiabilidad para la escala Estrés Postraumático-Intrusión.*

Alfa de Cronbach	N de ítems
.840	9

De media, los ítems a los que los progenitores de los menores ofrecieron mayores puntuaciones fueron el 4 y el 80. En ambos casos se asignaron, de media, una puntuación de 2 en la escala Likert de 1 a 4. De ello nos informa la Tabla 158.

Tabla 158 – *Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Estrés Postraumático-Intrusión.*

Ítem	Media	Desviación típica	N
TSCYC4	2,1154	,96312	52
TSCYC11	1,8462	,87188	52
TSCYC19	1,8077	,97092	52
TSCYC24	1,1346	,44408	52
TSCYC27	1,3654	,59504	52
TSCYC36	1,2500	,47999	52
TSCYC63	1,7308	,88817	52
TSCYC69	1,6731	,90144	52
TSCYC80	2,0000	,99015	52

Las correlaciones obtenidas entre cada uno de los ítems en relación al resto de ítems que conforman la escala se encuentran en un rango de entre .20 y .77. El ítem 27 ha sido el que ha obtenido una menor correlación con respecto al total de la escala, mientras que el ítem 63 fue el que presenta una mayor correlación. Cabe indicar que en el caso de no contar con el ítem 27, el alfa de Cronbach de .840 obtenido se vería incrementado a un valor de .852. Lo indicado se desprende de los datos contenidos en la Tabla 149.

Tabla 159 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Estrés Postraumático-Intrusión.*

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
TSCYC4	12,8077	19,178	,419	,841
TSCYC11	13,0769	17,916	,673	,809
TSCYC19	13,1154	16,849	,734	,800
TSCYC24	13,7885	21,856	,382	,840
TSCYC27	13,5577	22,134	,206	,852
TSCYC36	13,6731	20,695	,622	,825
TSCYC63	13,1923	17,139	,777	,796
TSCYC69	13,2500	17,995	,632	,814
TSCYC80	12,9231	17,719	,593	,819

Las puntuaciones medias ofrecidas por los progenitores con respecto al total de la presente escala, Estrés Postraumático-Intrusión, han sido de casi 15 puntos (14,9), presentando una varianza de 23.6 puntos y una desviación típica de 4,86 puntos (Tabla 160).

Tabla 160 – *Estadísticos descriptivos para la escala Estrés Postraumático-Intrusión.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
14,9231	23,641	4,86220	9

e. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO – EVITACIÓN

Para el análisis de la consistencia interna de la escala de Estrés Postraumático – Evitación (PTS-AV), se contó con un tamaño muestral válido de $n=51$, del total de la muestra original que es de $n=56$ (Tabla 161).

Tabla 161 – *Procesamiento de los casos para la escala Estrés Postraumático-Evitación.*

		N	%
Casos	Válidos	51	91,1
	Excluidos ^a	5	8,9
	Total	56	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

La fiabilidad en cuanto a la consistencia interna de los ítems de la escala Estrés Postraumático-Evitación, calculada mediante el alfa de Cronbach, ha sido elevada, al alcanzarse un valor alfa de .80 (Tabla 162). La escala de Estrés Postraumático – Evitación está formada por un total de 9 ítems.

Tabla 162 – *Estadísticos de fiabilidad para la escala Estrés Postraumático-Evitación.*

Alfa de Cronbach	N de ítems
.806	9

En la Tabla 163 puede observarse que aquellos ítems de la escala Estrés Postraumático – Evitación a los que los progenitores ofrecieron, en promedio, mayores puntuaciones fueron los ítems 8, 13, 39, 55 y 81.

Tabla 163 – *Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Estrés Postraumático-Evitación.*

Ítem	Media	Desviación típica	N
TSCYC8	2,1569	1,13794	51
TSCYC13	2,1373	1,09580	51
TSCYC29	1,8235	,93179	51
TSCYC39	2,1373	1,02019	51
TSCYC49	1,4706	,57803	51
TSCYC55	2,1569	1,17256	51
TSCYC70	1,5294	,90228	51
TSCYC72	1,4902	,67446	51
TSCYC81	2,0000	1,07703	51

Las correlaciones entre cada uno de los ítems de la escala con respecto al resto de la escala resultan, por lo general, óptimas. Las correlaciones presentadas por los distintos ítems se encuentran en un rango de valores comprendidos entre .10 y .75. Resulta significativo destacar con respecto al ítem 72 que es por un lado el ítem que presenta una correlación más baja y que, en caso de ser eliminado de la escala, el valor del alfa de Cronbach para la presente escala pasaría de ser .80 para incrementarse a un valor de .82.

Los ítems que han presentado mayores correlaciones con respecto al resto de la escala han sido el 81 y el 39 (Tabla 164).

Tabla 164 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Estrés Postraumático-Evitación.*

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
TSCYC8	14,7451	22,914	,547	,781
TSCYC13	14,7647	23,304	,536	,783
TSCYC29	15,0784	23,274	,671	,766
TSCYC39	14,7647	22,264	,713	,758
TSCYC49	15,4314	27,170	,442	,798
TSCYC55	14,7451	24,514	,369	,809
TSCYC70	15,3725	25,838	,383	,801
TSCYC72	15,4118	28,967	,103	,824
TSCYC81	14,9020	21,490	,753	,750

Las puntuaciones medias ofrecidas por los progenitores en la presente escala fueron de casi 17 puntos (16,90), con una varianza en las puntuaciones de 30,17 y una desviación típica de 5,49. De ello nos informa la Tabla 165.

Tabla 165 – *Estadísticos descriptivos para la escala Estrés Postraumático-Evitación.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
16,9020	30,170	5,49274	9

f. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO – AROUSAL

Para el análisis de la fiabilidad de la presente escala se contó con una muestra válida de $n=52$, representando ésta el 92,9% de la muestra total disponible (Tabla 166).

Tabla 166 – *Procesamiento de los casos para la escala Estrés Postraumático-Arousal.*

		N	%
Casos	Válidos	52	92,9
	Excluidos ^a	4	7,1
	Total	56	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

El valor alfa alcanzado para la fiabilidad de la escala de Estrés Postraumático-Arousal (o activación) ha sido de .82, lo que representa un valor óptimo que informa sobre una adecuada consistencia interna de dicha escala, formada por un total de 9 ítems (Tabla 167).

Tabla 167 – *Estadísticos de fiabilidad para la escala Estrés Postraumático-Arousal.*

Alfa de Cronbach	N de ítems
,825	9

Como se indica en la tabla, el ítem al que los progenitores de los menores ofrecieron mayor puntuación en promedio, fue el 17, mientras que el ítem con menores puntuaciones ofrecidas, en promedio, fue el 48. De ello nos informa la Tabla 168.

Tabla 168 – *Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Estrés Postraumático-Arousal.*

Ítem	Media	Desviación típica	N
TSCYC10	2,0769	,96703	52
TSCYC17	2,3654	,92945	52
TSCYC26	2,1154	,92150	52
TSCYC45	2,0769	,90415	52
TSCYC47	2,0577	,97846	52
TSCYC48	1,5000	,64169	52
TSCYC56	1,7308	,66023	52
TSCYC74	1,8846	,96312	52
TSCYC82	1,9615	,94892	52

En la presente escala cabe indicar que se han obtenido adecuados niveles de correlación entre cada uno de los ítems y el resto de la escala, mostrando correlaciones en un rango de entre .34 y .68. Todos los ítems parecen contribuir al valor alfa de Cronbach alcanzado, pues ninguno de los ítems, en caso de ser eliminado, conllevaría un incremento en el valor alfa de la escala; por consiguiente no se vería incrementada la su fiabilidad (Tabla 169).

Tabla 169 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Estrés Postraumático-Arousal.*

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
TSCYC10	15,6923	21,394	,483	,814
TSCYC17	15,4038	20,402	,641	,794
TSCYC26	15,6538	21,917	,450	,817
TSCYC45	15,6923	20,570	,642	,794
TSCYC47	15,7115	20,092	,639	,794
TSCYC48	16,2692	23,142	,502	,813
TSCYC56	16,0385	23,959	,349	,825
TSCYC74	15,8846	22,261	,381	,826
TSCYC82	15,8077	19,923	,688	,787

Las puntuaciones medias para el global de la escala de Estrés Postraumático-Arousal, ofrecidas por los progenitores en la prueba TSCYC, han sido de 17,7 puntos, presentando una varianza en las puntuaciones de 26,65 y una desviación típica de 5,16 (Tabla 170).

Tabla 170 – *Estadísticos descriptivos para la escala Estrés Postraumático-Arousal.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
17,7692	26,652	5,16252	9

g. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO – TOTAL

Indicar que calculado el alfa de Cronbach para el total de ítems que componen las escalas de Estrés Postraumático-Intrusión, Estrés Postraumático-Evitación y Estrés Postraumático-Arousal, se ha obtenido un valor alfa de .89.

h. DISOCIACIÓN

La muestra válida disponible para el cálculo de la fiabilidad de la escala Disociación ha sido de n=53 (Tabla 171).

Tabla 171 – *Procesamiento de los casos de la escala Disociación.*

		N	%
Casos	Válidos	53	94,6
	Excluidos ^a	3	5,4
	Total	56	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

La escala Disociación presenta una elevada fiabilidad respecto a la consistencia interna de los ítems, al haberse obtenido un valor alfa de Cronbach de .89 (Tabla 172). La indicada escala se encuentra formada por un total de 9 ítems.

Tabla 172 – *Estadísticos de fiabilidad para la escala Disociación.*

Alfa de Cronbach	N de Ítems
.899	9

De entre los ítems que conforman la escala Disociación del TSCYC, el ítem al que los progenitores que cumplimentaron el cuestionario ofrecieron una mayor puntuación fue el ítem 28 (Tabla 173).

Tabla 173 – *Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Disociación.*

Ítem	Media	Desviación típica	N
TSCYC5	1,6981	,88979	53
TSCYC25	1,5472	,69520	53
TSCYC28	2,0189	,95052	53
TSCYC33	1,7358	,81219	53
TSCYC38	1,7170	,88529	53
TSCYC46	1,8113	1,00109	53
TSCYC52	1,9623	,93977	53
TSCYC78	1,5094	,79958	53
TSCYC85	1,8868	,86958	53

De la Tabla 174 se desprende que las correlaciones entre cada uno de los ítems en relación al resto de la escala fluctúan entre .31 y .83. La correlación más baja la presenta el ítem 25, mientras que la correlación más elevada ha sido la obtenida por el ítem 52. Las correlaciones mostradas por los distintos elementos en relación a su escala de pertenencia (Disociación) se consideran óptimas. En el caso del ítem 25 indicar que su eliminación conllevaría un ligero incremento de la consistencia interna de los ítems, puesto que del valor alfa de .89 obtenido en la presente escala, éste se vería incrementado a .90, resultando un incremento poco significativo.

Tabla 174 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Disociación.*

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
TSCYC5	14,1887	27,348	,661	,887
TSCYC25	14,3396	31,382	,312	,909
TSCYC28	13,8679	26,617	,691	,885
TSCYC33	14,1509	28,708	,566	,894
TSCYC38	14,1698	26,990	,709	,884
TSCYC46	14,0755	25,187	,807	,875
TSCYC52	13,9245	25,533	,830	,873
TSCYC78	14,3774	27,278	,764	,880
TSCYC85	14,0000	27,923	,611	,891

Las puntuaciones medias, ofrecidas por los progenitores que cumplimentaron la prueba, en la escala Disociación fueron de 15,88 puntos (Tabla 175). Dichas puntuaciones presentan una varianza de 34,29 puntos y una desviación típica de 5,85.

Tabla 175 – *Estadísticos descriptivos para la escala Disociación.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
15,8868	34,295	5,85616	9

i. PREOCUPACIONES SEXUALES

La muestra válida disponible para el análisis de la fiabilidad de la escala de preocupaciones sexuales del TSCYC es de $n=53$, lo que representa un 94,6% de la muestra total de padres (Tabla 176).

Tabla 176 – Procesamiento de los casos para la escala Preocupaciones Sexuales.

		N	%
Casos	Válidos	53	94,6
	Excluidos ^a	3	5,4
	Total	56	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

La escala Preocupaciones Sexuales se encuentra formada por un total de 9 ítems. Tras el correspondiente análisis del coeficiente alfa de Cronbach para la consistencia interna de la escala, el valor alcanzado ha sido de .687, resultando un valor inferior con respecto a los obtenidos en las escalas clínicas (Tabla 177).

Tabla 177 – Estadísticos de fiabilidad para la escala Preocupaciones Sexuales.

Alfa de Cronbach	N de ítems
.687	9

En base a los datos obtenidos de las respuestas proporcionadas por los progenitores de los menores participantes en la investigación, el indicador sexual que, en promedio, fue más observado e informado por los progenitores que cumplimentaron el cuestionario fue a la que alude el ítem 6 (Tabla 178).

Tabla 178 – Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Preocupaciones Sexuales.

Ítem	Media	Desviación típica	N
TSCYC6	1,9057	1,06092	53
TSCYC12	1,3208	,67293	53
TSCYC16	1,5849	,81886	53
TSCYC20	1,2830	,60056	53
TSCYC35	1,2642	,48639	53
TSCYC50	1,4340	,74703	53
TSCYC59	1,0943	,44996	53
TSCYC65	1,5094	,66860	53
TSCYC75	1,2453	,55142	53

Las correlaciones que presentan cada uno de los ítems en relación al resto de la escala resultan tender a la baja, presentando correlaciones en un rango de entre .18 y .52 (Tabla 179). Ninguno de los ítems que conforma la escala parece que esté interfiriendo en el bajo alfa de Cronbach obtenido, pues ninguno de ellos, en el caso de ser eliminado conllevaría un incremento significativo del indicado coeficiente.

Tabla 179 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Preocupaciones Sexuales.*

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
TSCYC6	10,7358	7,852	,373	,672
TSCYC12	11,3208	9,222	,372	,659
TSCYC16	11,0566	8,324	,466	,637
TSCYC20	11,3585	9,234	,439	,648
TSCYC35	11,3774	9,893	,348	,667
TSCYC50	11,2075	9,168	,325	,669
TSCYC59	11,5472	10,445	,189	,688
TSCYC65	11,1321	9,463	,313	,671
TSCYC75	11,3962	9,128	,529	,635

La puntuación media ofrecida por los progenitores para la escala Preocupaciones Sexuales en el TSCYC ha sido de 12,64, presentando una varianza en las puntuaciones aportadas de 11,19 y una desviación típica de 3,34 puntos (Tabla 180).

Tabla 180 – *Estadísticos descriptivos para la escala Preocupaciones Sexuales.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
12,6415	11,196	3,34603	9

j. ESCALA NIVEL DE RESPUESTA

La muestra válida disponible para el análisis de la fiabilidad de la presente escala, que tiene como objetivo explorar la validez de las respuestas ofrecidas por los padres a través de la medición del nivel de respuesta de los progenitores ante el TSCYC, ha sido de $n=53$ (Tabla 181).

Tabla 181 – *Procesamiento de los casos para la escala Nivel de Respuesta.*

		N	%
Casos	Válidos	53	94,6
	Excluidos ^a	3	5,4
	Total	56	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

La presente escala se encuentra formada por un total de 9 ítems. Tras el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, la puntuación obtenida ha sido de .82, lo que significa que la escala presenta una adecuada consistencia interna en los ítems y, con ello, niveles óptimos de fiabilidad (Tabla 182).

Tabla 182 – *Estadísticos de fiabilidad para la escala Nivel de Respuesta.*

Alfa de Cronbach	N de ítems
.821	9

La Tabla 183 nos muestra que la puntuación promedia que los progenitores han asignado ha sido de 2 (en una escala Likert de 1 a 4) en prácticamente todos los ítems, a excepción del ítem 88, que ha obtenido un promedio de puntuaciones ligeramente inferiores.

Tabla 183 – *Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Nivel de Respuesta.*

Ítem	Media	Desviación típica	N
TSCYC3	2,1698	,80230	53
TSCYC14	2,2264	,80004	53
TSCYC22	2,4340	,95090	53
TSCYC53	2,2264	,72434	53
TSCYC66	2,3019	,91115	53
TSCYC73	2,0943	,88283	53
TSCYC83	2,0943	,92537	53
TSCYC86	2,0755	,97762	53
TSCYC88	1,3585	,55796	53

En general, a excepción de dos ítems, las correlaciones entre cada uno de los ítems con respecto al resto de la escala a la que pertenecen, presentan correlaciones significativas (Tabla 184). Las correlaciones obtenidas fluctúan en un rango de entre .14 y .76. Resulta significativo indicar que los ítems 86 y 88 han resultado ser los que han obtenido correlaciones más bajas, con valores de .24 y .14 respectivamente. La eliminación de los indicados ítems contribuiría a un incremento del alfa de Cronbach en la presente escala. En el caso de no contar con el ítem 86, el alfa de Cronbach obtenido de .82 se incrementaría hasta un .84. En el caso de prescindir del ítem 88, los niveles del alfa ascenderían hasta un .83.

Tabla 184 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Nivel de Respuesta.*

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
TSCYC3	16,8113	19,887	,466	,809
TSCYC14	16,7547	18,381	,706	,782
TSCYC22	16,5472	17,099	,745	,772
TSCYC53	16,7547	20,304	,465	,810
TSCYC66	16,6792	17,261	,763	,771
TSCYC73	16,8868	19,179	,505	,805
TSCYC83	16,8868	17,872	,657	,785
TSCYC86	16,9057	20,741	,244	,840
TSCYC88	17,6226	22,778	,146	,835

Las puntuaciones medias ofrecidas por los progenitores en la presente escala han sido de casi 19 puntos en su totalidad (18,98), con una varianza de 23,86 puntos y una desviación típica de 4,88 puntos (Tabla 185).

Tabla 185 – *Estadísticos descriptivos para la escala Nivel de Respuesta.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
18,9811	23,865	4,88518	9

k. ESCALA RESPUESTAS ATÍPICAS

El tamaño muestral válido disponible para los cálculos del alfa de Cronbach para la escala “Respuestas Atípicas” ha sido de $n=52$ (Tabla 186).

Tabla 186 – Procesamiento de los casos para la escala Respuestas Atípicas.

		N	%
Casos	Válidos	52	92,9
	Excluidos ^a	4	7,1
	Total	56	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

El valor alfa de Cronbach obtenido en la presente escala del TSCYC ha sido el más bajo de entre todas las escalas que componen la prueba. Esta escala, que tiene por objetivo valorar la validez del protocolo de respuestas ofrecido por los padres ante el desempeño de la prueba, ha obtenido un valor alfa de .29, lo que informa sobre una muy baja fiabilidad de la escala (Tabla 187).

Destacar que, por otro lado, la presente escala (así como también es el caso de la escala Nivel de Respuesta) presenta ciertas particularidades, dado que mide un estilo de respuesta en el desempeño de la prueba por parte de los progenitores en lugar de medir, como es el caso de las escalas clínicas, un constructo teórico subyacente relacionado con el área de la psicopatología.

Tabla 187 – Estadísticos de fiabilidad para la escala Respuestas Atípicas.

Alfa de Cronbach	N de ítems
.296	9

La media de puntuaciones ofrecidas por parte de los progenitores ante los ítems de la presente escala ha sido de alrededor de algo más de 1 punto (en una escala Likert de 1 a 4). De ello nos informa la Tabla 188.

Tabla 188 – *Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala Respuestas Atípicas.*

Ítem	Media	Desviación típica	N
TSCYC9	1,0192	,13868	52
TSCYC30	1,0000	,00000	52
TSCYC37	1,0192	,13868	52
TSCYC40	1,3077	,61160	52
TSCYC51	1,0769	,26907	52
TSCYC60	1,1538	,57342	52
TSCYC64	1,0192	,13868	52
TSCYC77	1,2115	,45747	52
TSCYC79	1,0769	,43594	52

Las correlaciones presentadas entre cada uno de los ítems con respecto a la escala de pertenencia han resultado ser significativamente bajas (Tabla 189). Cabe destacar el ítem 60 que, en caso de ser eliminado conllevaría un significativo incremento del valor alfa de Cronbach de la escala, pasando de .29 a .37. En todo caso, aún eliminado el indicado ítem, la consistencia interna de la escala seguiría siendo baja.

Tabla 189 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la escala Respuestas Atípicas.*

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
TSCYC9	8,8654	1,609	,126	,281
TSCYC30	8,8846	1,673	,000	,301
TSCYC37	8,8654	1,609	,126	,281
TSCYC40	8,5769	,994	,250	,156
TSCYC51	8,8077	1,492	,165	,254
TSCYC60	8,7308	1,338	,005	,371
TSCYC64	8,8654	1,648	,015	,302
TSCYC77	8,6731	1,283	,174	,232
TSCYC79	8,8077	1,296	,188	,224

Las puntuaciones medias globales ofrecidas por los progenitores en la escala Respuestas Atípicas ha sido de 9,88 puntos, con una varianza de 1,67 puntos y una desviación típica de 1,29. De ello nos informa la Tabla 190.

Tabla 190 – *Estadísticos descriptivos para la escala Respuestas Atípicas.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
9,8846	1,673	1,29333	9

1. TOTAL – TSCYC

En el cálculo del alfa de Cronbach para el total de la prueba TSCYC se ha contado con una muestra válida de $n=48$ (Tabla 191).

Tabla 191 – *Procesamiento de los casos para la prueba TSCYC.*

		N	%
Casos	Válidos	48	85,7
	Excluidos ^a	8	14,3
	Total	56	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

El TSCYC, en su conjunto, presenta un elevado alfa de Cronbach, siendo éste de .96, lo que informa sobre una muy buena fiabilidad con respecto a la consistencia interna de los ítems que configuran la prueba. Como puede observarse en la tabla, la prueba TSCYC está formada por un total de 90 ítems (Tabla 192).

Tabla 192 – *Estadísticos de fiabilidad para la prueba TSCYC.*

Alfa de Cronbach	N de ítems
,965	90

En la Tabla 193 pueden observarse las puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los ítems del TSCYC junto con la desviación típica correspondiente a cada uno de los ítems.

Tabla 193 – *Estadísticos descriptivos para los ítems de la prueba TSCYC.*

Ítem	Media	Desviación típica	N
TSCYC1	2,3542	,97827	48
TSCYC2	1,8333	,72445	48
TSCYC3	2,2292	,80529	48
TSCYC4	2,1250	,98121	48
TSCYC5	1,6250	,84110	48
TSCYC6	1,9375	1,03977	48
TSCYC7	2,2917	,98841	48
TSCYC8	2,1458	1,14835	48
TSCYC9	1,0208	,14434	48
TSCYC10	2,0625	,99800	48
TSCYC11	1,8333	,88326	48
TSCYC12	1,3333	,69446	48
TSCYC13	2,1458	1,11068	48
TSCYC14	2,2083	,79783	48
TSCYC15	1,5417	,79783	48
TSCYC16	1,5625	,76926	48
TSCYC17	2,3125	,90286	48
TSCYC18	1,6458	,75764	48
TSCYC19	1,8125	,98188	48
TSCYC20	1,2292	,47219	48
TSCYC21	1,8125	,86679	48
TSCYC22	2,4583	,94437	48
TSCYC23	1,5208	,82487	48
TSCYC24	1,1458	,46078	48
TSCYC25	1,5000	,68417	48
TSCYC26	2,0833	,94155	48
TSCYC27	1,3542	,60105	48
TSCYC28	1,9792	,95627	48
TSCYC29	1,8333	,95279	48
TSCYC30	1,0000	,00000	48

TSCYC31	2,5208	1,16673	48
TSCYC32	2,5000	1,14854	48
TSCYC33	1,7083	,77070	48
TSCYC34	1,6042	,81839	48
TSCYC35	1,2708	,49420	48
TSCYC36	1,2500	,48378	48
TSCYC37	1,0208	,14434	48
TSCYC38	1,6667	,85883	48
TSCYC39	2,1250	1,04423	48
TSCYC40	1,2917	,58194	48
TSCYC41	1,3750	,63998	48
TSCYC42	1,5833	,84635	48
TSCYC43	1,5625	,89695	48
TSCYC44	1,3125	,46842	48
TSCYC45	2,0208	,88701	48
TSCYC46	1,7292	,93943	48
TSCYC47	1,9792	,93375	48
TSCYC48	1,4583	,54415	48
TSCYC49	1,4375	,58003	48
TSCYC50	1,4375	,74108	48
TSCYC51	1,0833	,27931	48
TSCYC52	1,8958	,88100	48
TSCYC53	2,1667	,66311	48
TSCYC54	1,5833	,73899	48
TSCYC55	2,1458	1,16673	48
TSCYC56	1,6667	,59549	48
TSCYC57	2,2708	1,02604	48
TSCYC58	2,0208	,91068	48
TSCYC59	1,1042	,47219	48
TSCYC60	1,1667	,59549	48
TSCYC61	1,4583	,74258	48
TSCYC62	1,4375	,76926	48
TSCYC63	1,7500	,91093	48
TSCYC64	1,0208	,14434	48
TSCYC65	1,5000	,65233	48

Nota: Tabla 193 (continuación).

TSCYC66	2,2500	,88726	48
TSCYC67	1,3333	,63021	48
TSCYC68	1,7708	1,05668	48
TSCYC69	1,6250	,86603	48
TSCYC70	1,5625	,92037	48
TSCYC71	1,4167	,82083	48
TSCYC72	1,5208	,68384	48
TSCYC73	2,0417	,89819	48
TSCYC74	1,8958	,92804	48
TSCYC75	1,2500	,56493	48
TSCYC76	1,7500	,97849	48
TSCYC77	1,2292	,47219	48
TSCYC78	1,4792	,74347	48
TSCYC79	1,0208	,14434	48
TSCYC80	1,9792	,97827	48
TSCYC81	1,9375	1,06003	48
TSCYC82	1,8958	,92804	48
TSCYC83	2,0417	,87418	48
TSCYC84	1,6250	,76144	48
TSCYC85	1,8125	,78973	48
TSCYC86	2,0417	,96664	48
TSCYC87	1,8750	,89025	48
TSCYC88	1,3125	,55183	48
TSCYC89	2,2083	,87418	48
TSCYC90	1,4583	,84949	48

Nota: Tabla 193 (continuación).

Si tenemos en consideración la prueba en su conjunto, los distintos ítems que conforman el TSCYC presentan correlaciones con respecto al resto de ítems de entre $-.002$ y $.74$. Los ítems con menores correlaciones son el ítem 64, con una correlación de $-.002$, el ítem 30, con una correlación de $.00$, el ítem 37, con una correlación $.01$, y el ítem 20, con una correlación de $.08$. Los ítems con mayores correlaciones son el 32, con una correlación de $.74$, los ítems 47 y 82, con correlaciones de $.73$ y el ítem 81, con una correlación de $.72$. Por otra parte, todos los ítems contribuyen al valor alfa alcanzado, puesto que en el caso de eliminar alguno de los ítems el valor alfa se mantendría en $.96$. Dichos datos se desprenden de la Tabla 194.

Tabla 194 – *Estadísticos de fiabilidad total-ítem para la prueba TSCYC.*

Ítem	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
TSCYC1	151,0417	1245,913	,627	,964
TSCYC2	151,5625	1264,805	,482	,964
TSCYC3	151,1667	1264,738	,433	,964
TSCYC4	151,2708	1253,691	,511	,964
TSCYC5	151,7708	1255,159	,575	,964
TSCYC6	151,4583	1248,296	,555	,964
TSCYC7	151,1042	1241,202	,689	,964
TSCYC8	151,2500	1240,745	,595	,964
TSCYC9	152,3750	1286,580	,344	,965
TSCYC10	151,3333	1248,014	,584	,964
TSCYC11	151,5625	1252,379	,592	,964
TSCYC12	152,0625	1275,932	,277	,965
TSCYC13	151,2500	1248,489	,515	,964
TSCYC14	151,1875	1254,453	,621	,964
TSCYC15	151,8542	1253,446	,639	,964
TSCYC16	151,8333	1278,142	,208	,965
TSCYC17	151,0833	1256,504	,513	,964
TSCYC18	151,7500	1262,787	,498	,964
TSCYC19	151,5833	1250,078	,563	,964
TSCYC20	152,1667	1287,078	,084	,965
TSCYC21	151,5833	1247,270	,688	,964

TSCYC22	150,9375	1250,656	,578	,964
TSCYC23	151,8750	1265,729	,405	,965
TSCYC24	152,2500	1277,000	,393	,965
TSCYC25	151,8958	1275,414	,292	,965
TSCYC26	151,3125	1257,624	,474	,964
TSCYC27	152,0417	1275,785	,326	,965
TSCYC28	151,4167	1255,057	,505	,964
TSCYC29	151,5625	1255,102	,506	,964
TSCYC30	152,3958	1290,159	,000	,965
TSCYC31	150,8750	1243,048	,556	,964
TSCYC32	150,8958	1229,031	,743	,964
TSCYC33	151,6875	1268,007	,393	,965
TSCYC34	151,7917	1259,190	,522	,964
TSCYC35	152,1250	1275,899	,397	,965
TSCYC36	152,1458	1274,638	,443	,964
TSCYC37	152,3750	1289,941	,019	,965
TSCYC38	151,7292	1266,925	,368	,965
TSCYC39	151,2708	1241,180	,651	,964
TSCYC40	152,1042	1272,393	,420	,964
TSCYC41	152,0208	1279,553	,223	,965
TSCYC42	151,8125	1255,900	,559	,964
TSCYC43	151,8333	1258,567	,484	,964
TSCYC44	152,0833	1269,652	,608	,964
TSCYC45	151,3750	1256,707	,519	,964
TSCYC46	151,6667	1252,908	,547	,964
TSCYC47	151,4167	1241,057	,733	,964
TSCYC48	151,9375	1268,826	,543	,964
TSCYC49	151,9583	1268,509	,516	,964
TSCYC50	151,9583	1266,594	,436	,964
TSCYC51	152,3125	1283,241	,342	,965
TSCYC52	151,5000	1259,702	,475	,964
TSCYC53	151,2292	1270,478	,407	,964
TSCYC54	151,8125	1265,475	,459	,964
TSCYC55	151,2500	1255,383	,404	,965
TSCYC56	151,7292	1274,117	,369	,965

Nota: Tabla 194 (continuación).

TSCYC57	151,1250	1257,729	,431	,965
TSCYC58	151,3750	1247,388	,652	,964
TSCYC59	152,2917	1283,062	,203	,965
TSCYC60	152,2292	1271,968	,420	,964
TSCYC61	151,9375	1269,081	,388	,965
TSCYC62	151,9583	1259,275	,555	,964
TSCYC63	151,6458	1249,127	,624	,964
TSCYC64	152,3750	1290,154	-,002	,965
TSCYC65	151,8958	1265,585	,520	,964
TSCYC66	151,1458	1250,255	,623	,964
TSCYC67	152,0625	1280,273	,210	,965
TSCYC68	151,6250	1259,005	,401	,965
TSCYC69	151,7708	1268,904	,332	,965
TSCYC70	151,8333	1258,695	,469	,964
TSCYC71	151,9792	1269,425	,343	,965
TSCYC72	151,8750	1284,793	,100	,965
TSCYC73	151,3542	1249,383	,629	,964
TSCYC74	151,5000	1251,106	,582	,964
TSCYC75	152,1458	1277,276	,311	,965
TSCYC76	151,6458	1241,851	,687	,964
TSCYC77	152,1667	1283,078	,203	,965
TSCYC78	151,9167	1266,376	,439	,964
TSCYC79	152,3750	1286,580	,344	,965
TSCYC80	151,4167	1243,355	,665	,964
TSCYC81	151,4583	1235,147	,723	,964
TSCYC82	151,5000	1241,404	,732	,964
TSCYC83	151,3542	1257,085	,521	,964
TSCYC84	151,7708	1265,457	,445	,964
TSCYC85	151,5833	1258,376	,556	,964
TSCYC86	151,3542	1267,808	,311	,965
TSCYC87	151,5208	1248,510	,649	,964
TSCYC88	152,0833	1278,248	,294	,965
TSCYC89	151,1875	1253,943	,573	,964
TSCYC90	151,9375	1258,485	,514	,964

Nota: Tabla 194 (continuación).

Las medias de las puntuaciones totales ofrecidas por los progenitores que cumplieron la prueba TSCYC fueron de 153,39 puntos, presentando una varianza de 1290,159 puntos y una desviación típica de 35,91 puntos (Tabla 195).

Tabla 195 – *Estadísticos descriptivos para la prueba TSCYC.*

Media	Varianza	Desviación típica	N de ítems
153,3958	1290,159	35,91879	90

6.8.2.3. Coeficientes de correlación para la validez concurrente del TSCYC con el CBCL y el TSCC

A continuación pasa a analizarse la validez concurrente de la prueba TSCYC a través de las pruebas CBCL y TSCC.

En la Tabla 196 pueden observarse los valores del coeficiente de correlación de Pearson entre las distintas escalas, así como el nivel de significación y el tamaño de la muestra sobre la que se han efectuado dichos análisis.

La escala Ansiedad del TSCYC presenta correlaciones significativas directamente proporcionales con las escalas de la CBCL Quejas Somáticas y Problemas de Pensamiento. La escala Problemas de Pensamiento presenta una correlación más elevada ($r = .42$; $p < .01$) que en el caso de la escala Quejas Somáticas ($r = .34$; $p < .01$).

La escala Depresión del TSCYC presenta una correlación moderada con la escala de Ansiedad Depresión del CBCL ($r = .36$; $p < .01$) y, en un valor de significación más alto, con la escala Quejas Somáticas ($r = .30$; $p < .05$).

Las mayores correlaciones que ha presentado escala del TSCYC Ira/Agresividad han sido en relación con las escalas del CBCL Conducta Delictiva ($r = .41$; $p < .01$) y Conducta Agresiva ($r = .37$; $p < .01$). Presenta una correlación inferior con la

puntuación total del CBCL, aunque con un grado de significación superior ($r = .26$; $p < .05$).

La escala Estrés Postraumático-Intrusión, con valores de significación de $p < .05$, presenta correlaciones con respecto a escalas de la CBCL tales como Quejas Somáticas ($r = .33$; $p < .05$), Ansiedad Depresión ($r = .28$; $p < .05$), Problemas de Pensamiento ($r = .29$; $p < .05$) y respecto a la puntuación total de la CBCL ($r = .29$; $p < .05$).

La escala Estrés Postraumático-Evitación, no ha presentado correlaciones significativas con respecto a ninguna escala de la CBCL.

La escala Estrés Postraumático-Arousal ha obtenido correlaciones significativas con respecto a todas las escalas del CBCL, aunque no todas con el mismo nivel de significación. La mayor correlación ha sido respecto a la escala Problemas de Pensamiento ($r = .56$; $p < .01$). La correlación más baja ha sido respecto a la escala Problemas Sociales ($r = .26$; $p < .05$).

En la escala Disociación del TSCYC se han obtenido correlaciones significativas (aunque con distintos niveles de significación) con todas las escalas del CBCL a excepción de las escalas Ansiedad Depresión y Conducta Delictiva. Las mayores correlaciones han sido respecto a las escalas del CBCL Problemas de Pensamiento ($r = .46$; $p < .01$) y Problemas de Atención ($r = .44$; $p < .01$).

Respecto a la escala del TSCYC Preocupaciones Sexuales, ésta únicamente presenta una leve correlación con respecto a la escala de la CBCL Conducta Delictiva ($r = .32$; $p < .05$).

Finalmente, la puntuación total del TSCYC presenta mayores correlaciones con respecto a la puntuación total del CBCL ($r = .35$; $p < .01$) y con respecto a la escala Problemas de Pensamiento ($r = .42$; $p < .01$). También presenta correlaciones con otras escalas del CBCL, aunque con un nivel de significación de $.05$, tales como Quejas Somáticas, Ansiedad Depresión, Conducta Delictiva y Conducta Agresiva.

De todo lo indicado se desprende que la prueba TSCYC presenta una adecuada validez concurrente en base al análisis efectuado con respecto al CBCL, siendo ambas pruebas heteroaplicadas.

Tabla 196 – *Correlación de Pearson entre el TSCYC y el CBCL.*

[illegible]

ESTRÉS	,314*	,375**	,303*	,268*	,567**	,383**	,343**	,408**	,440**
POSTRAUMÁTICO	,018	,004	,023	,046	,000	,004	,010	,002	,001
AROUSAL	56	56	56	56	56	56	56	56	56
DISOCIACIÓN	,387**	,434**	,232	,317*	,463**	,446**	,212	,285*	,329*
	,003	,001	,086	,017	,000	,001	,116	,033	,013
	56	56	56	56	56	56	56	56	56
PREOCUPACIONES	-,015	-,029	-,057	-,027	,186	-,011	,324*	,170	,115
SEXUALES	,911	,831	,675	,843	,170	,935	,015	,211	,400
	56	56	56	56	56	56	56	56	56
TSCYC TOTAL	,210	,322*	,272*	,178	,422**	,230	,266*	,319*	,356**
	,121	,015	,042	,191	,001	,088	,048	,017	,007
	56	56	56	56	56	56	56	56	56

*p≤.05 **p≤.01

Nota: Tabla 196 (continuación).

La Tabla 197 nos muestra los resultados del cálculo del coeficiente de correlación de Pearson entre las pruebas TSCC y TSCYC, así como el nivel de significación y el tamaño de la muestra sobre el que se ha efectuado dicho análisis.

Respecto a las correlaciones ofrecidas por la escala del TSCC Ansiedad, se han obtenido correlaciones significativas con la escala del TSCYC Ira/Agresividad ($r = .30$; $p < .05$) y la puntuación total del TSCYC ($r = .27$; $p < .05$).

La escala del TSCC Depresión presenta correlaciones significativas, aunque con distintos niveles de significación, respecto a las escalas del TSCYC Ira/Agresividad ($r = .36$; $p < .01$) y la escala Estrés Postraumático-Evitación ($r = .26$; $p < .05$).

La escala Ira del TSCC presenta correlaciones significativas, aunque con distintos niveles de significación, con las escalas del TSCYC Ira/Agresividad ($r = .37$; $p < .01$) y la escala Estrés Postraumático-Evitación ($r = .28$; $p < .05$).

La escala Estrés Postraumático del TSCC presenta correlaciones significativas respecto a las escalas Ansiedad ($r = .31$; $p < .05$) y Estrés Postraumático-Arousal ($r = .30$; $p < .05$) de la TSCYC. También presenta una correlación significativa con respecto a la puntuación total de la TSCYC ($r = .31$; $p < .05$).

La escala Disociación del TSCC no ha obtenido correlaciones significativas en relación a ninguna de las escalas que conforman el TSCYC.

La puntuación total del TSCC presenta una correlación significativa con respecto a la puntuación total del TSCYC ($r = .27$; $p < .05$). También ha obtenido correlaciones, con niveles distintos de significación, con respecto a dos de las escalas del TSCYC; por un lado con la escala Estrés Postraumático-Evitación ($r = .28$; $p < .05$) y, por otro lado, con la escala Ira/Agresividad ($r = .35$; $p < .01$).

El hecho de que algunas de las escalas no hayan presentado correlaciones con su escala homónima de la otra prueba (ej. las respectivas escalas de Depresión, las de Ansiedad o las de Disociación), podría deberse a que ambas pruebas presentan diferencias en la aplicación, siendo una autoaplicada (TSCC) y la otra heteroaplicada (TSCYC).

Tabla 197 – *Correlación de Pearson entre el TSCC y el TSCYC.*

[illegible]

TSCC TOTAL	,233	,110	,355**	,119	,287*	,182	,166	,233	,274*
	,084	,422	,007	,384	,032	,180	,221	,084	,041
	56	56	56	56	56	56	56	56	56

*p≤.05 **p≤.01

Notas: Tabla 196 (continuación).

EP, estrés postraumático.

6.8.2.4. Validez discriminante para el análisis de diferencias por edad, género y ser o no menor polivictimizado.

A continuación se pasa a analizar la validez discriminante del TSCYC para determinar la existencia o no de diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, la edad y el hecho de ser o no un menor polivictimizado.

a. Validez discriminante para el análisis de diferencias por género.

La Tabla 198 presenta los estadísticos descriptivos respecto a cada una de las escalas del TSCYC en función del sexo de los hijos sobre los que informaron los progenitores (al ser el TSCYC una prueba heteroaplicada, cumplimentada por los padres, informando acerca de sus hijos).

Tabla 198 – Estadísticos descriptivos por grupo en función del sexo.

Escala TSCYC	Sexo víctima	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
ANSIEDAD	Varones	25	15,5200	5,05899	1,01180
	Mujeres	31	18,5484	6,15813	1,10603
DEPRESIÓN	Varones	25	13,0400	4,57785	,91557
	Mujeres	31	14,7742	4,60948	,82789
IRA / AGRESIVIDAD	Varones	25	14,7600	4,96890	,99378
	Mujeres	31	15,0968	6,82815	1,22637
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-INTRUSIÓN	Varones	25	13,1600	4,27863	,85573
	Mujeres	31	15,8387	5,07344	,91122
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-EVITACIÓN	Varones	25	14,8400	4,79305	,95861
	Mujeres	31	17,7742	5,88620	1,05719
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-AROUSAL	Varones	25	16,4800	5,07543	1,01509
	Mujeres	31	17,9355	5,56738	,99993
DISOCIACIÓN	Varones	25	14,9600	5,85577	1,17115
	Mujeres	31	15,9677	6,00269	1,07811
PREOCUPACIONES SEXUALES	Varones	25	11,7600	3,15278	,63056
	Mujeres	31	13,0000	3,46410	,62217
TSCYC TOTAL	Varones	25	114,6000	28,30489	5,66098
	Mujeres	31	129,0645	34,35495	6,17033

Los cálculos efectuados con la prueba *t* de Student (Tabla 199) para valorar la validez discriminante en función del sexo de los menores sobre los que informan los padres, apuntan que hay diferencias estadísticamente significativas en las escalas Ansiedad (15,52 vs. 18,54; $t_{54} = -1.97$; $p < .05$), en la escala Estrés postraumático – Intrusión (13,16 vs. 15,83; $t_{54} = -2.10$; $p < .05$) y en la de Estrés Postraumático – Evitación (14,84 vs. 17,77; $t_{54} = -2.01$; $p < .05$). En todos los casos las niñas, según las respuestas de los padres a la prueba TSCYC, presentarían mayor sintomatología en las indicadas escalas.

En el resto de las escalas no se presentan diferencias estadísticamente significativas al obtener los siguientes resultados en las escalas que pasan a indicarse:

En la escala Depresión (13,04 vs. 14,77; $t_{54} = -1.40$; $p = .166$); en la escala Ira/Agresividad (14,76 vs. 15,09; $t_{54} = -.20$; $p = .837$). Para la escala Estrés Postraumático – Arousal (16,48 vs. 17,93; $t_{54} = -1.01$; $p = .31$). En la escala Disociación (14,96 vs. 15,96; $t_{54} = -.63$; $p = .530$). En la escala Preocupaciones Sexuales (11,76 vs. 13,00; $t_{54} = -1.38$; $p = .172$) y en relación a la puntuación total de la prueba TSCYC (114,60 vs. 129,06; $t_{54} = -1.69$; $p = .096$).

Tabla 199 – *Prueba de muestras independientes para la variable sexo.*

Escala TSCYC		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Prueba T para la igualdad de medias			95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
ANSIEDAD	Se han asumido varianzas iguales	1,928	,171	-1,978	54	,053	-3,02839	1,53110	-6,09805	,04128
	No se han asumido varianzas iguales			-2,020	53,973	,048	-3,02839	1,49901	-6,03376	-,02301
DEPRESIÓN	Se han asumido varianzas iguales	,052	,821	-1,404	54	,166	-1,73419	1,23530	-4,21081	,74243
	No se han asumido varianzas iguales			-1,405	51,661	,166	-1,73419	1,23437	-4,21152	,74313
IRA / AGRESIVIDAD	Se han asumido varianzas iguales	,790	,378	-,206	54	,837	-,33677	1,63234	-3,60942	2,93588
	No se han asumido varianzas iguales			-,213	53,499	,832	-,33677	1,57848	-3,50211	2,82856
EP-INTRUSIÓN	Se han asumido varianzas iguales	2,410	,126	-2,104	54	,040	-2,67871	1,27326	-5,23145	-,12597
	No se han asumido varianzas iguales			-2,143	53,872	,037	-2,67871	1,25003	-5,18501	-,17241
EP-EVITACIÓN	Se han asumido varianzas iguales	1,159	,286	-2,011	54	,049	-2,93419	1,45899	-5,85929	-,00910
	No se han asumido varianzas iguales			-2,056	53,990	,045	-2,93419	1,42709	-5,79535	-,07304
EP-AROUSAL	Se han asumido varianzas iguales	,228	,635	-1,011	54	,316	-1,45548	1,43929	-4,34108	1,43011
	No se han asumido varianzas iguales			-1,021	53,144	,312	-1,45548	1,42487	-4,31324	1,40227

DISOCIACIÓN	Se han asumido varianzas iguales	,009	,923	-,631	54	,530	-1,00774	1,59614	-4,20781	2,19233
	No se han asumido varianzas iguales			-,633	52,024	,529	-1,00774	1,59183	-4,20195	2,18647
PREOCUPACIONES SEXUALES	Se han asumido varianzas iguales	,565	,455	-1,386	54	,172	-1,24000	,89495	-3,03427	,55427
	No se han asumido varianzas iguales			-1,400	53,166	,167	-1,24000	,88583	-3,01662	,53662
TSCYC TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	2,059	,157	-1,692	54	,096	-14,46452	8,55038	-31,60699	2,67796
	No se han asumido varianzas iguales			-1,727	53,965	,090	-14,46452	8,37375	-31,25312	2,32408

$p \leq .05$

Nota: Tabla 199 (continuación)

b. Validez discriminante para el análisis de las diferencias por grupos de edad

En la Tabla 200 se ofrecen datos descriptivos sobre las distintas escalas que conforman la TSCYC en función de la edad de los menores sobre los que están informando los progenitores que cumplimentaron la prueba. Los grupos de edad los conforman, por un lado, los menores de entre 3 y 7 años y, por otro lado, los que tienen entre 8 y 12 años.

Tabla 200 – Estadísticos descriptivos por grupos en función de la edad.

ESCALA TSCYC	Grupos edad				
	TSCYC	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
ANSIEDAD	3-7 años	21	18,5714	5,30633	1,15794
	8-12 años	35	16,3714	6,06865	1,02579
DEPRESIÓN	3-7 años	21	13,8571	4,16276	,90839
	8-12 años	35	14,0857	4,95492	,83753
IRA / AGRESIVIDAD	3-7 años	21	15,7619	7,26571	1,58551
	8-12 años	35	14,4571	5,18676	,87672
EP-INTRUSIÓN	3-7 años	21	15,4762	4,54554	,99192
	8-12 años	35	14,1429	5,07093	,85714
EP-ENVITACIÓN	3-7 años	21	17,4762	5,40018	1,17842
	8-12 años	35	15,8571	5,66798	,95806
EP-AROUSAL	3-7 años	21	18,2857	4,02670	,87870
	8-12 años	35	16,6857	5,98907	1,01234
DISOCIACIÓN	3-7 años	21	16,0952	5,07843	1,10820
	8-12 años	35	15,1714	6,39616	1,08115
PREOCUPACIONES SEXUALES	3-7 años	21	13,1905	3,66905	,80065
	8-12 años	35	12,0000	3,12485	,52820
TSCYC TOTAL	3-7 años	21	128,7143	28,32868	6,18183
	8-12 años	35	118,9429	34,39728	5,81420

Nota: EP, Estrés Postraumático.

El cálculo de la prueba t de Student (Tabla 201) para determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función de la edad, nos informa que no hay diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas, así como tampoco en relación a la puntuación total de la prueba TSCYC. Los resultados estadísticos por los que se alcanza tal conclusión son los siguientes:

Para la escala Ansiedad (18,57 vs. 16.37; $t_{54} = 1.37$; $p = .175$)

En la escala Depresión (13,85 vs. 14.08; $t_{54} = -.17$; $p = .860$).

En la escala de Ira/Agresividad (15,76 vs. 14.45; $t_{54} = .78$; $p = .437$).

Para la escala Estrés Postraumático – Intrusión (15,47 vs. 14.14; $t_{54} = .98$; $p = .327$).

En la escala Estrés Postraumático – Evitación (17,47 vs. 15.85; $t_{54} = 1.05$; $p = .297$).

En la escala Estrés postraumático – Arousal (18,28 vs. 16.68; $t_{54} = 1.08$; $p = .283$).

Para la escala Disociación (16,09 vs. 15.17; $t_{54} = .56$; $p = .576$).

En Preocupaciones Sexuales (13,19 vs. 12.00; $t_{54} = 1.29$; $p = .202$).

En relación a la puntuación total de la prueba TSCYC (128,71 vs. 118.94; $t_{54} = -1.09$; $p = .278$).

Tabla 201 – *Prueba de muestras independientes para la variable edad.*

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
								95% Intervalo de confianza para la diferencia		
Escala TSCYC		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
ANSIEDAD	Se han asumido varianzas iguales	,195	,661	1,375	54	,175	2,20000	1,60040	-1,00861	5,40861
	No se han asumido varianzas iguales			1,422	46,766	,162	2,20000	1,54695	-,91248	5,31248
DEPRESIÓN	Se han asumido varianzas iguales	1,591	,213	-,177	54	,860	-,22857	1,29103	-2,81693	2,35979
	No se han asumido varianzas iguales			-,185	48,037	,854	-,22857	1,23557	-2,71280	2,25566
IRA / AGRESIÓN	Se han asumido varianzas iguales	1,110	,297	,783	54	,437	1,30476	1,66741	-2,03818	4,64771
	No se han asumido varianzas iguales			,720	32,323	,477	1,30476	1,81176	-2,38423	4,99375
EP-INTRUSIÓN	Se han asumido varianzas iguales	,022	,882	,989	54	,327	1,33333	1,34782	-1,36888	4,03554
	No se han asumido varianzas iguales			1,017	45,949	,314	1,33333	1,31095	-1,30555	3,97222
EP-EVITACIÓN	Se han asumido varianzas iguales	,001	,971	1,053	54	,297	1,61905	1,53755	-1,46355	4,70165
	No se han asumido varianzas iguales			1,066	43,896	,292	1,61905	1,51873	-1,44196	4,68006
EP-AROUSAL	Se han asumido varianzas iguales	3,252	,077	1,084	54	,283	1,60000	1,47589	-1,35897	4,55897
	No se han asumido varianzas iguales			1,194	53,198	,238	1,60000	1,34050	-1,08847	4,28847

DISOCIACIÓN	Se han asumido varianzas iguales	,678	,414	,563	54	,576	,92381	1,64023	-2,36465	4,21227
	No se han asumido varianzas iguales			,597	49,703	,553	,92381	1,54823	-2,18635	4,03397
PREOCUPACIONES SEXUALES	Se han asumido varianzas iguales	,866	,356	1,293	54	,202	1,19048	,92104	-,65609	3,03704
	No se han asumido varianzas iguales			1,241	37,067	,222	1,19048	,95918	-,75290	3,13385
TSCYC TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	1,208	,277	1,097	54	,278	9,77143	8,91094	-8,09393	27,63678
	No se han asumido varianzas iguales			1,151	48,644	,255	9,77143	8,48645	-7,28590	26,82876

$p \leq .05$

Nota: Tabla 201 (continuación)

EP, Estrés Postraumático

c. Validez discriminante para el análisis de diferencias por haber sufrido polivictimización.

La Tabla 202 nos informa sobre estadísticos descriptivos de las respuestas a la escala TSCYC en función de la condición de ser o no menor polivictimizado.

Tabla 202 – Estadísticos descriptivos por grupos en función de la variable polivictimización. .

Escala TSCYC	Polivictimización	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
ANSIEDAD	No	20	16,6500	5,50861	1,23176
	Sí	36	17,5000	6,07806	1,01301
DEPRESSION	No	20	13,3000	4,47331	1,00026
	Sí	36	14,3889	4,74057	,79010
IRA / AGRESIVIDAD	No	20	12,7500	4,55233	1,01793
	Sí	36	16,1667	6,43428	1,07238
EP-INTRUSIÓN	No	20	14,3000	4,91078	1,09808
	Sí	36	14,8333	4,92515	,82086
EP-EVITACIÓN	No	20	15,4000	5,05132	1,12951
	Sí	36	17,0556	5,83068	,97178
EP-AROUSAL	No	20	15,3500	5,09153	1,13850
	Sí	36	18,3611	5,25984	,87664
DISOCIACIÓN	No	20	14,0000	4,53060	1,01307
	Sí	36	16,3611	6,45048	1,07508
PREOCUPACIONES	No	20	12,5500	3,70597	,82868
SEXUALES	Sí	36	12,3889	3,20069	,53345
TSCYC TOTAL	No	20	114,6000	31,40298	7,02192
	Sí	36	127,0556	32,42569	5,40428

Nota: EP, Estrés Postraumático

Con el fin de determinar si se dan diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en la prueba TSCYC en función de ser un menor polivictimizado o no se ha llevado a cabo un análisis estadístico mediante la prueba *t* de Student (Tabla 203). Los resultados del indicado análisis determinan que se dan diferencias estadísticamente significativas entre los menores polivictimizados y no polivictimizados en las escalas Ira/Agresividad (12,75 vs. 16,16; $t_{54} = -2.09$; $p < .05$) y Estrés Postraumático – Arousal (15,35 vs. 18,36; $t_{54} = -2.07$; $p < .05$). En ambos casos los menores polivictimizados fueron los que presentaron mayores puntuaciones.

En cambio, para las escalas Ansiedad (16,65 vs. 17,50; $t_{54} = -.51$; $p = .607$), Depresión (13,30 vs. 14,38; $t_{54} = -.84$; $p = .405$), Estrés Postraumático - Intrusión (14,30 vs. 14,83; $t_{54} = -.38$; $p = .699$), Estrés Postraumático – Evitación (15,40 vs. 17,05; $t_{54} = -1.06$; $p = .291$), Disociación (14,00 vs. 16,36; $t_{54} = -1.44$; $p = .153$) y Preocupaciones Sexuales (12,55 vs. 12,38; $t_{54} = .171$; $p = .865$) no se han dado diferencias estadísticamente significativas entre los menores polivictimizados y los no polivictimizados. Tampoco se han dado diferencias significativas entre los menores polivictimizados y no polivictimizados en la puntuación total obtenida en el TSCYC (114,60 vs. 127,05; $t_{54} = -1.39$; $p = .169$).

Tabla 203 – *Prueba de muestras independientes para la variable polivictimización.*

Escala TSCYC		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
ANSIEDAD	Se han asumido varianzas iguales	,702	,406	-,518	54	,607	-,85000	1,64097	-4,13994	2,43994
	No se han asumido varianzas iguales			-,533	42,772	,597	-,85000	1,59481	-4,06674	2,36674
DEPRESIÓN	Se han asumido varianzas iguales	,048	,827	-,840	54	,405	-1,08889	1,29635	-3,68791	1,51013
	No se han asumido varianzas iguales			-,854	41,364	,398	-1,08889	1,27467	-3,66244	1,48467
IRA / AGRESIÓN	Se han asumido varianzas iguales	,806	,373	-2,097	54	,041	-3,41667	1,62916	-6,68294	-,15039
	No se han asumido varianzas iguales			-2,311	50,686	,025	-3,41667	1,47858	-6,38548	-,44786
EP-INTRUSIÓN	Se han asumido varianzas iguales	,001	,974	-,389	54	,699	-,53333	1,37215	-3,28433	2,21766
	No se han asumido varianzas iguales			-,389	39,476	,699	-,53333	1,37098	-3,30534	2,23868
EP-EVITACIÓN	Se han asumido varianzas iguales	1,001	,321	-1,066	54	,291	-1,65556	1,55309	-4,76932	1,45821
	No se han asumido varianzas iguales			-1,111	44,348	,273	-1,65556	1,49002	-4,65782	1,34671
EP-AROUSAL	Se han asumido varianzas iguales	,109	,742	-2,076	54	,043	-3,01111	1,45056	-5,91930	-,10292
	No se han asumido varianzas iguales			-2,096	40,483	,042	-3,01111	1,43690	-5,91411	-,10811

DISOCIACIÓN	Se han asumido varianzas iguales	1,172	,284	-1,448	54	,153	-2,36111	1,63073	-5,63053	,90831
	No se han asumido varianzas iguales			-1,598	50,869	,116	-2,36111	1,47720	-5,32690	,60467
PREOCUPACIONES SEXUALES	Se han asumido varianzas iguales	,775	,383	,171	54	,865	,16111	,94461	-1,73272	2,05494
	No se han asumido varianzas iguales			,163	34,769	,871	,16111	,98553	-1,84011	2,16233
TSCYC TOTAL	Se han asumido varianzas iguales	,002	,965	-1,393	54	,169	-12,45556	8,94378	-30,38675	5,47563
	No se han asumido varianzas iguales			-1,406	40,467	,167	-12,45556	8,86079	-30,35744	5,44633

$p \leq .05$

Nota: Tabla 203 (continuación)

EP, Estrés Postraumático

CAPÍTULO VII–DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En este último capítulo pasan a debatirse y sintetizar los resultados alcanzados en el estudio actual, poniéndolo en relación con otros estudios de similares características efectuados por la comunidad científica, comentados ya con anterioridad, en el capítulo V. Se expondrán unas conclusiones retomando las hipótesis planteadas en el inicio del actual trabajo así como las limitaciones más importantes del estudio.

7.1. Discusión.

El presente es el primer estudio en España por el que se lleva a cabo la adaptación psicométrica de las pruebas TSCC (Briere, 1996) y TSCYC (Briere, 2001). En consecuencia, y a la vista de las pruebas adaptadas psicométricamente para la población infantil, podría indicarse que es la única prueba para la valoración específica de las consecuencias psicopatológicas de la victimización infantil que ha sido adaptada con menores españoles víctimas de abuso sexual y que, además, disponga de escalas de validez.

En el capítulo que nos ocupa pasan a exponerse las conclusiones alcanzadas en el estudio, así como una discusión, poniendo en relación los datos obtenidos con otras investigaciones similares, comentadas en el capítulo V.

En el estudio actual, en relación al análisis factorial, cabe indicar que, para las escalas clínicas, en el caso de la prueba TSCC se obtuvo una solución de un total de 9 factores y, en el caso del TSCYC, una solución de 8 factores.

A continuación se expone una comparativa de los factores obtenidos para las escalas clínicas en el presente estudio (con los ítems que los componen) y los del estudio original, recogidos en el manual para profesionales que acompaña la prueba publicada y distribuida por PAR Inc. (Tabla 204 y Tabla 205).

Tabla 204 – *Comparativa sobre la estructura factorial del TSCC entre el estudio actual y el estudio original.*

Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)			
Briere (1996)		Estudio actual	
Factores	Ítems	Factores	Ítems
Ansiedad	2	Angustia	5
	15		15
	24	Miedo	32
	25		41
	32		24
	33		25
	39		33
	41		39
	50		50
Depresión	7	Depresión	7
	9		9
	14		14
	20		20
	26		26
	27		27
	28		28
	42		42
	52		32
Ira	6	Ira	6
	13		13
	16		16
	19		19
	21		21
	36		36
	37		37
	46		46
Estrés Postraumático	49	Estrés Postraumático	49
	1		1
	3		3
	10		10
	11		11
	12		12
	24		24
	25		25
	35		35
	43		43
	51		51

Disociación (total)	5	Disociación	5
	11		11
	18		18
	29		29
	30		30
	31		31
	38		38
	45		45
	48		48
	53		53
Subescala	11		
Disociación	18		
Manifiesta	29		
	30		
	31		
	45		
	48		
Subescala Fantasía	5		
Disociativa	38		
	53		
Preocupaciones	4	Preocupaciones	23
Sexuales (total)	8	Sexuales: Área	34
	17	Emocional	40
	22		54
	23		
	34		
	40		
	44		
	47		
	54		
Preocupaciones	4	Preocupaciones	4
Sexuales -	8	Sexuales - Área	8
Preocupaciones	17	Cognitiva	17
	22		23
	23		44
	44		
	47		
Preocupaciones	23	Preocupaciones	22
Sexuales - Distress	40	Sexuales - Área	47
	34	Conductual	
	54		

Nota: Tabla 204 (continuación)

Tabla 205 – *Comparativa sobre la estructura factorial del TSCYC entre el estudio actual y el estudio original.*

Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)			
Briere (2005)		Estudio Actual	
Factores	Ítems	Factores	Ítems
Ansiedad	7	Ansiedad	7
	21		21
	31		31
	32		32
	42		42
	44		44
	57		57
	67		67
	76		76
Depresión	2	Depresión	2
	18		18
	41		41
	54		54
	61		61
	68		68
	71		71
	84		84
	88		88
Ira/Agresividad	1	Ira/Agresividad	1
	15		15
	23		23
	34		34
	43		43
	58		58
	62		62
	87		87
	90		90
Estrés Postraumático- Intrusión	4	Estrés Postraumático- Intrusión	4
	11		11
	19		19
	24		24
	27		27
	36		36
	63		63
	69		69
	80		80

Estrés	8	Estrés	8
Postraumático-	13	Postraumático-	13
Evitación	29	Evitación	29
	39		39
	49		49
	55		55
	70		70
	72		72
	81		81
Estrés	10	Estrés	10
Postraumático-	17	Postraumático-	17
Arousal	26	Arousal	26
	45		45
	47		47
	48		48
	56		56
	74		74
	82		82
Estrés	PTS-I + PTS-AV +	Estrés	PTS-I + PTS-AV +
Postraumático Total	PTS-AR	Postraumático Total	PTS-AR
Disociación	5	Disociación	5
	25		25
	28		28
	33		33
	38		38
	46		46
	52		52
	78		78
	85		85
Preocupaciones	6	Preocupaciones	6
Sexuales	12	Sexuales	12
	16		16
	20		20
	35		35
	50		50
	59		59
	65		65
	75		75

Nota: Tabla 205 (continuación)

Como se desprende de las dos tablas anteriores (Tabla 204 y Tabla 205), mientras que la estructura factorial del TSCYC permanece fiel a la del estudio original del autor, en el caso del TSCC se producen ciertas diferencias. Por ejemplo, la escala Ansiedad de la prueba original, en el presente estudio se subdivide en dos escalas, una que mediría la Angustia y otra que mediría los Miedos. En la escala Disociación, mientras que Briere obtiene dos subescalas, en el presente estudio se ofrece una solución de una sola escala unificada, sin llegar a efectuar la distinción entre disociación manifiesta y fantasía disociativa que sí efectúa Briere. Finalmente, en el caso de las Preocupaciones Sexuales, mientras que en la versión original se presenta una escala total que se subdivide en dos subescalas (Preocupaciones y Distress), en el estudio actual se ha obtenido una solución basada en tres subescalas, una que comprende aquellos ítems relacionados con el Área Emocional, otra que comprende aquellos ítems que se refieren al Área Cognitivas (pensamientos, preocupaciones, obsesiones) y otra en la que se concentran aquellos ítems que miden cuestiones relativas al Área Conductual (conducta sexualizada o erótica).

Referente a las diferencias en relación a la escala Ansiedad Briere, en análisis preliminares, obtuvo también una solución de dos factores. El segundo factor estaba compuesto por los miedos específicos sobre tener miedo a los hombres, a las mujeres y a la oscuridad. Dado que no se detectaron diferencias clínicamente significativas entre ambas escalas, se optó por un único factor. En el caso del presente estudio, se dispone de dos factores. Por un lado disponemos del factor que contiene aquellos ítems que hacen referencia a la angustia (como miedos inespecíficos, no ligados a un objeto o situación concreta), ansiedad generalizada, hiperarousal, preocupaciones, mientras que en el otro se encontrarían los miedos (ligados a una situación, persona u objeto especificado del que el menor puede reaccionar, por ejemplo, mediante la evitación a lo temido). Puesto que se han dado dos factores más compensados en el número de ítems y tienen un constructo teórico de base que puede explicar tal diferencia, se ha optado por mantener ambos factores.

En relación a los ítems que componen las escalas, el propio autor de la prueba TSCC apunta que podría darse cierta permisibilidad en tres de los ítems de la prueba para que éstos puedan pertenecer a varias subescalas. Así, por ejemplo, Briere indica que los ítems 24 y 25 podrían pertenecer tanto a la escala Ansiedad como a la de Estrés Postraumático y el ítem 11 podría pertenecer tanto a la escala Disociación como a la de Estrés Postraumático.

A continuación pasa a exponerse una comparativa sobre los valores alfa de Cronbach para la consistencia interna de la prueba TSCC, alcanzados en distintos estudios, entre los que se incorporan los datos obtenidos en la presente investigación (Tabla 206). El mismo tipo de comparativa se efectúa en relación a la prueba TSCYC con respecto a aquellos estudios que hayan ofrecido datos respecto a los índices del alfa de Cronbach para la indicada prueba (Tabla 207).

Como puedo observarse, los valores alcanzados en España para el TSCC resultan similares a los obtenidos en el estudio de Briere (1996), presentando un valor significativamente mayor el presente estudio en la consistencia interna general para todas las escalas clínicas de la prueba (.96 vs. .84). Las diferencias significativas en el tamaño de la muestra empleada en ambos estudios podrían justificar tal diferencia, así como el hecho de que se traten de muestras con características distintas (muestra clínica vs. muestra no clínica).

En relación a la consistencia interna obtenida en el presente estudio en relación a la prueba TSCYC, resulta similar a la que alcanzó Nilsson, Gustafsson y Svedin (2012). Destacar que en ambos estudios se hizo uso de una muestra clínica de características similares: menores víctimas de abuso sexual infantil (algunas víctimas de malos tratos físicos y/o testigos de violencia de género), en tratamiento psicológico de tipo ambulatorio. Destacar únicamente que, respecto al estudio de Nilsson, Gustafsson y Svedin (2012), en el estudio actual se obtuvieron valores mayores en la escala de validez Respuestas Atípicas (.29 vs. .12) y en la escala clínica Preocupaciones Sexuales (.96 vs. .77). Los tamaños de la muestra entre ambos estudios también resultan equivalentes, con un total de 56 TSCYC cumplimentados en el presente estudio y 59 en el estudio de Nilsson, Gustafsson y Svedin (2012).

Dados los valores alfa de Cronbach obtenidos tanto en el TSCC como en el TSCYC y en base a los criterios propuestos por Prieto y Muñiz (2000, en Sanz y García, 2013) puede indicarse que los índices de fiabilidad de consistencia interna son buenos.

Tabla 206 – *Comparativa de estudios sobre la consistencia interna de las escalas del TSCC.*

Escalas TSCC	Presente estudio	Briere (1996), n=3008.	Lanktree y Briere (1995), n=105.	Elliott y Briere (1994) n=399	Nelson-Gardell (1995) n=103	Chung (2014) n=405 (muestra normativa)	Chung (2014) n=73 (muestra clínica)	Mohammad khani et al. (2005) n=3042
Escalas de validez								
Infrarrespuestas	-	.85	-	-	-	.79	.87	.71
Hiperrespuestas	-	.66	-	-	-	.53	.84	.58
Escalas clínicas								
Ansiedad	.81	.82	.86	.83	.84	.82	.92	.79
Depresión	.88	.86	.89	.85	.85	.80	.90	.83
Ira	.87	.89	.89	.87	.89	.85	.92	.80
Estrés Postraumático	.87	.87	.86	.85	.87	.84	.91	.74
Disociación	.86	.83	.89	.80	.88	.82	.91	.79
- Dis-O	-	.81	-	-	-	.77	.88	.70
- Dis-F	-	.58	-	-	-	.51	.75	.53
Preocupaciones Sexuales	.70	.77	.78	.67	.78	.79	.87	
- PS-P	-	.81	-	-	-	.73	.82	
- PS-D	-	.64	-	-	-	.66	.83	
TSCC TOTAL	.96	.84	.86	.81	.85	.82	.91	-

Nota: los estudios de Elliott y Briere, Lanktree y Briere y Nelson-Gardell no ofrecen datos sobre el alfa de Cronbach para las escalas de validez ni para las subescalas de Disociación y Preocupaciones Sexuales. El valor promedio de las escalas clínicas se calculó en base a 6 escalas clínicas, excluyendo las dos escalas de validez, las subescalas de disociación y las subescalas de preocupaciones sexuales. Dis-O (Disociación-Manifiesta), Dis-F (Fantasía Disociativa), PS-P (Preocupaciones Sexuales-Preocupaciones) y PS-D (Preocupaciones Sexuales-Distress).

El estudio de Mohammadkhani se efectuó con la versión del TSCC-A, cuya estructura factorial difiere del resto de estudios, puesto que la versión TSCC-A no dispone de los ítems que componen la escala de Preocupaciones Sexuales.

Los valores alfa de Cronbach de las subescalas sobre Preocupaciones Sexuales del presente estudio no son comparables a las del resto al obtener una estructura factorial distinta.

Tabla 207 – *Comparativa de estudios sobre la consistencia interna de las escalas del TSCYC.*

Escalas TSCYC	Estudio actual	Briere (2005), n=750 (muestra de estandarización)	Briere (2001), n=219 (muestra de validación)	Gilbert (2003), n=433	Wherry, Graves y King (2008), n=172	Nilsson, Gustafsson y Svedin (2012), n=629 (muestra normativa)	Nilsson, Gustafsson y Svedin (2012), n=59 (muestra clínica)	Pollio, Glover-Orr y Wherry (2008) n=34	Wherry et al. (2014) n=143. (adaptación hispana en EE.UU.)	Bae et al. (2015) n=299 (muestra normativa)	Bae et al. (2015) n=73 (muestra clínica)
Escalas de validez											
Nivel de Respuesta	.82	.80	.73	.86	.85	.77	.83	-	.80	.80	.81
Respuestas Atípicas	.29	.93	.36	.46	.70	.36	.12	-	.48	.57	.35
Escalas clínicas											
Ansiedad	.85	.78	.86	.84	.84	.75	.85	.89	.80	.68	.78
Depresión	.82	.84	.84	.86	.87	.72	.84	.85	.83	.57	.85
Ira/Agresividad	.92	.89	.91	.91	.92	.81	.92	.78	.89	.72	.87
Estrés	.84	.85	.87	.82	.87	.75	.90	.85	.82	.46	.77
Postrumático-Intrusión											
Estrés	.80	.87	.82	.82	.83	.75	.81	.73	.82	.54	.81
Postrumático-Evitación											
Estrés	.82	.82	.85	.86	.86	.75	.81	.82	.67	.75	.84
Postrumático-Arousal											
Estrés	.89	.92	.93	.92	.93	.88	.93	.91	.85	.81	.91
Postrumático-Total											
Disociación	.68	.90	.91	.92	.91	.78	.91	.81	.93	.82	.90
Preocupaciones Sexuales	.96	.85	.81	.82	.80	.55	.77	.80	.80	.47	.82
TSCYC Total	.96	-	.87	-	-	.93	.96	.94	-	.92	.96

Nota: el estudio de Pollio, Glover-Orr y Wherry no ofrece valores alfa de Cronbach para las escalas de validez.

Como puede observarse en la Tabla 208 y la Tabla 209, las correlaciones entre las escalas del TSCYC y la CBCL para determinar la validez convergente, el presente estudio ha obtenido correlaciones significativamente menores que los estudios de Gilbert (2004) y Wherry et al. (2008). Tales diferencias podrían explicarse tanto por las características culturales de las correspondientes muestras como por el tamaño muestral de los distintos estudios. En el caso de Gilbert (2004), el estudio se efectuó en base a una muestra de 388 menores víctimas de abuso y 45 niños no abusados, en la investigación de Wherry et al. (2008), el tamaño muestral era de $n=172$ y en el estudio actual es de $n=56$.

Tabla 208 – *Comparativa de estudios sobre las correlaciones de Pearson para la validez convergente entre el TSCYC y el CBCL.*

Escalas TSCYC/CBCL	Presente estudio	Gilbert (2004)
Ansiedad/Ansiedad-depresión	.24	.59*
Depresión/Ansiedad-depresión	.36*	.73*
Ira-Agresividad /Agresividad	.37*	.81*
Preocupaciones sexuales/Problemas sexuales	-	.55*

* $p < .01$

Tabla 209 - *Comparativa de estudios sobre las correlaciones de Pearson para la validez convergente entre el TSCYC y el CBCL.*

Escalas TSCYC/CBCL	Presente estudio	Wherry et al. (2008)
Ira / Comportamiento delictivo	.41*	.54**
Ira / Comportamiento agresivo	.37*	.84**
Preocupaciones sexuales/Problemas sexuales	-	.70**
Ansiedad / Ansiedad-depresión	.24	.73**
Depresión / Ansiedad-depresión	.36*	.77**

* $p < .01$; ** $p < .001$

En uno de los pocos estudios que se ha interesado por la validez convergente y discriminante entre el TSCC y el TSCYC (Lanktree et al., 2008), tras el cálculo de los correspondientes coeficientes de correlación, se alcanzó una convergencia significativa entre las escalas Ansiedad (.30), Depresión (.22), Ira (.29) y Preocupaciones Sexuales (.30) de ambas pruebas. Mientras que en el TSCC la mayor correlación de la escala Disociación fue con la correspondiente escala de Disociación del TSCYC, en el caso del TSCYC, la correlación más elevada de la escala Disociación fue con respecto a la escala Ansiedad del TSCC (.18), presentando una correlación ligeramente menor con respecto a la escala Disociación del TSCC (.17).

La escala de Estrés Postraumático del TSCC presentó correlaciones poco significativas con respecto a las escalas de Estrés Postraumático del TSCYC; de hecho la escala de Estrés Postraumático – Arousal del TSCYC presentó mayores correlaciones con otras escalas del TSCC distintas a la de Estrés Postraumático (respecto a la que presenta una correlación de .11), como con la escala de Ansiedad, respecto a la que presentó una correlación de .17. Este resultado podría explicarse por el hecho de que la escala de Estrés Postraumático del TSCC únicamente presenta dos ítems sobre la evitación, relegando el hiperarousal propio del estrés postraumático a la escala Ansiedad. Quizás las correlaciones entre la escala Estrés Postraumático – Evitación del TSCYC y la escala de Estrés Postraumático del TSCC sean bajas dada la baja representación de ítems sobre evitación en la escala de Estrés Postraumático del TSCC. Además, hay que considerar las dificultades que puede entrañar para el padre que cumplimenta la prueba TSCYC el hecho de disponer de datos para informar sobre la evitación en su hijo, siendo éste un síntoma internalizante.

Como puede observarse en la Tabla 210, los estudios recabados en los que se ha llegado a efectuar un análisis de correlación entre las puntuaciones obtenidas en el TSCC y el TSCYC ofrecen puntuaciones entre bajas y moderadas. Las correlaciones más elevadas serían, por una parte, la obtenida con respecto a las escalas de Ira de las respectivas pruebas en el presente estudio ($r=.37$; $p<.05$) y en el caso del estudio de Gilbert (2004), en las escalas Ansiedad ($r=.39$; $p<.01$).

Tabla 210 – *Correlaciones de Pearson entre las escalas del TSCC y el TSCYC.*

Escalas TSCC-TSCYC	Presente estudio	Gilbert (2004)	Wherry et al. (2008)	Lanktree et al. (2008)
Ira – Ira/Agresividad	.37*	.30**	.30**	.29***
Preocupaciones Sexuales	-	.27**	.17	.30***
Ansiedad	.24	.39**	.25*	.30***
Depresión	.11	.31**	.30**	.22***
Estrés Postraumático	-	.30**	-.05	-
Disociación	.06	.32**	.25*	.17***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .005$. En Wherry et al. (2008): * $p \leq .01$; ** $p < .005$

La escala de Ira del TSCC se correlaciona con la de Ira/Agresividad del TSCYC; la escala de Estrés Postraumático del TSCC se correlaciona con la escala de Estrés Postraumático-Total del TSCYC.

Las correlaciones moderadas entre dos pruebas cumplimentadas por informantes distintos (en el caso del TSCC, el niño, y en el caso del TSCYC, el padre o cuidador) han sido ya apoyadas por múltiples investigaciones efectuadas con las versiones paralelas de la Child Behaviour Checklist – CBCL de Achenbach (Achenbach, McConaughy y Howell, 1987; Kolko y Kazdin, 1993, en Lanktree et al., 2008). Tal resultado puede deberse no solo por el hecho de que ambas escalas no sean totalmente equiparables en todas las escalas y no aborden exactamente la misma sintomatología mediante los mismos ítems, sino también por el hecho de que los niños pueden infra o sobreenfocar acerca de su sintomatología mientras que los progenitores ofrecen una información más fidedigna sobre el mismo menor (Elliott y Briere, 1994, en Lanktree et al., 2008) y/o por la situación inversa, que mientras que el niño ofrece una información más fidedigna, los padres pueden ofrecer información que pueda infra o sobreenfocar la sintomatología presentada por el menor (Friedrich, 2002; Reid, Kavanaugh y Baldwin, 1987, en Lanktree et al., 2008).

Las diferencias indicadas entre una prueba autoaplicada y otra heteroaplicada resulta beneficioso en el sentido de que la información recabada por una fuente completa la información aportada por la otra, cosa que si se diera un paralelismo o correlación exacta entre ambas pruebas no podría darse tal complementariedad. De ahí, las ventajas de las evaluaciones multifuente.

A continuación se pasan a comentar los resultados de los distintos estudios revisados en relación al hecho de si se han detectado o no diferencias estadísticamente significativas en función de la edad, el sexo y el hecho de haberse dado o no una situación de polivictimización.

En relación a la existencia de diferencias significativas en función del sexo de la víctima, en el presente estudio se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de las escalas Depresión, Estrés Postraumático y la puntuación total del TSCC, siendo las niñas quienes mayores puntuaciones obtuvieron.

En cambio, en el caso de las investigaciones llevadas a cabo por Briere, contenidas en el manual para profesionales del TSCC (Briere, 1996), éste informa que las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en las escalas Ansiedad, Depresión, Estrés Postraumático y Disociación. El autor indica que los chicos, en cambio, puntuarían más en la escala Preocupaciones Sexuales.

En el caso del TSCYC, en el actual estudio, se obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en las escalas Ansiedad, Estrés Postraumático-Intrusión, Estrés Postraumático-Evitación, siendo las niñas quienes, en base a las respuestas aportadas por los progenitores, presentarían un mayor nivel de la sintomatología indicada.

En cuanto a la variable edad, indicar que en la presente investigación se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los menores más pequeños de la muestra (de 8 a 12 años) y los más mayores (de 13 a 16) en algunas de las escalas clínicas. El criterio para conformar los grupos de edad fue el inicio de la preadolescencia, coincidiendo en la misma edad de inflexión para la creación de grupos con otros estudios como los del propio autor de la prueba (Briere, 1996) y los estudios de Li et al. (2009).

Los niños/-as más mayores (13-16 años) obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en las escalas Depresión, Estrés Postraumático y Disociación, así como en la puntuación total de la prueba TSCC. El resultado en relación a una presencia de puntuaciones significativamente mayores en sintomatología disociativa en niños entre 13 y 16 años coincide con otras investigaciones de autores como Li et al. (2009).

En el presente estudio no se han detectado puntuaciones significativamente mayores en la escala de Preocupaciones Sexuales en el caso de los chicos tal como sí han concluido autores como Briere (1996) o Friedrich (1995, en Briere, 1996).

En el caso del TSCYC no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad del menor en ninguna de las escalas clínicas, así como tampoco respecto a la puntuación total de la prueba. Dicho resultado contrasta con las investigaciones previas estudiadas, en las que, en función de la edad, sí se han encontrado diferencias en algún sentido, como por ejemplo en el caso de los estudios llevados a cabo por Nilsson, Gustafsson y Svedin (2012).

Aquellos menores que fueron polivictimizados presentaron puntuaciones significativamente mayores en todas las escalas clínicas del TSCC, así como en la puntuación total de la prueba. Sobre estos mismos resultados informaron los autores que llevaron a cabo la adaptación psicométrica del TSCC en población sueca, efectuada por Nilsson, Wadsby y Svedin (2008).

En el TSCYC se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los menores polivictimizados y no polivictimizados en las escalas de Ira/Agresividad y la de Estrés Postraumático-Arousal, siendo los menores polivictimizados los que presentaron puntuaciones significativamente mayores en dichas escalas. En este sentido, en la investigación de Nilsson, Gustafsson y Svedin (2012), se encontraron puntuaciones significativamente más elevadas para los menores polivictimizados en todas las escalas de la prueba y la puntuación total de la prueba.

En la línea de lo indicado en el párrafo anterior, el manual para profesionales de la prueba del TSCYC nos informa que los niños expuestos a eventos traumáticos presentan puntuaciones significativamente más elevadas en todas las escalas clínicas del TSCYC y en la escala de validez Nivel de Respuesta. Los niños víctimas de abuso sexual, obtendrían puntuaciones significativamente superiores en las escalas Estrés Postraumático-Intrusión, Estrés Postraumático-Evitación, Estrés Postraumático-Total y en la escala de Preocupaciones Sexuales. Por último, las investigaciones llevadas a cabo por Finkelhor, Ormrod y Turner (2004) y Finkelhor, Ormrod, Turner y Hamby (2005) indicaron que las escalas de Ansiedad, Depresión e Ira presentaban un poder predictivo respecto a sufrir múltiples experiencias victimizantes.

7.2. Conclusiones.

Retomando las hipótesis planteadas en el inicio de la investigación, pasan a exponerse las siguientes conclusiones:

La estructura factorial obtenida en el presente estudio respecto a la prueba TSCYC coincide con la de la prueba original.

En el caso del TSCC, la estructura factorial difiere respecto a los siguientes puntos: el factor original ansiedad, se divide en dos factores en el estudio actual, por un lado un factor que representaría el espectro de angustia y otro que representaría el de miedo. En relación a la Disociación, mientras que en la prueba original se presentan dos subfactores, en la actual investigación se obtuvo una solución basada en un único factor. En relación a las Preocupaciones Sexuales, el estudio original propone dos subescalas para dicha dimensión, mientras que en el actual se han obtenido tres factores.

En consecuencia de lo indicado en relación a la estructura factorial de la adaptación española, la primera de las hipótesis planteadas en la presente investigación se cumpliría solo en el caso de la prueba TSCYC, puesto que la estructura del TSCC difiere de la original.

Referente a la consistencia interna de la prueba, los valores alfa de Cronbach para el TSCC fueron superiores a .80 en todas las escalas, así como para la puntuación total de la prueba, por lo que la hipótesis inicial sobre una adecuada consistencia interna, esperándose valores próximos a .80 se cumple en el caso del TSCC.

Para el TSCYC, la hipótesis se cumple parcialmente, puesto que la escala clínica Disociación y la escala de validez sobre Respuestas Atípicas obtuvieron valores alfa de Cronbach de .68 y .29 respectivamente, obteniéndose valores iguales o superiores a .80 en el resto de escalas clínicas y en la escala de validez de Nivel de Respuesta.

En cuanto a la validez concurrente, la hipótesis planteada respecto a la prueba TSCC se cumple, al presentar correlaciones significativas en prácticamente todas las escalas con respecto a las puntuaciones obtenidas mediante el YSR (prueba autoadministrada) y obtener correlaciones entre bajas y moderadas con respecto a la CBCL (prueba heteroaplicada).

En relación a la prueba TSCYC, se presentan correlaciones significativas en la mayoría de las escalas con respecto a escalas que miden constructos equiparables de la YSR. En consecuencia, se cumpliría la hipótesis inicialmente planteada con respecto a la validez concurrente del TSCYC.

Por último, las hipótesis sobre la validez discriminante se cumplen en alguno de los casos.

En el caso de la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función del sexo únicamente se cumple en las escalas Depresión, Estrés Postraumático y la puntuación total del TSCC, en cuyo caso son las niñas las que obtuvieron puntuaciones más elevadas. En la prueba TSCYC las niñas también obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en las escalas Ansiedad, Estrés Postraumático-Intrusión y Estrés Postraumático-Evitación.

La hipótesis sobre la validez discriminante en función de la variable edad, se cumple en algunas de las escalas clínicas como las escalas Depresión, Estrés Postraumático y Disociación del TSCC, así como la puntuación total de la indicada prueba, en las que obtuvieron puntuaciones más elevadas los sujetos de mayor edad (13-16 años). En el caso del TSCYC no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad del menor en ninguna de las escalas clínicas, así como tampoco respecto a la puntuación total de la prueba.

La hipótesis planteada sobre la capacidad discriminante de la variable “polivictimización” se cumple, puesto que los menores que fueron polivictimizados presentaron puntuaciones significativamente mayores en todas las escalas clínicas del TSCC, así como en la puntuación total de la prueba. En el caso del TSCYC la dicha hipótesis se cumple en las escalas de Ira/Agresividad y la de Estrés Postraumático-Arousal, siendo los menores polivictimizados los que presentaron puntuaciones significativamente mayores en dichas escalas.

7.3. Limitaciones.

En cuanto a las limitaciones más significativas que presenta el estudio se pueden destacar las siguientes:

- El acceso a la muestra ha sido costoso, y en consecuencia, limitado. Se ha dispuesto de una muestra total de $n=118$. La aplicación de la prueba TSCC fue posible en un total de 90 menores y el TSCYC en un total de 56 padres, madres o tutores legales.
- No ha sido posible valorar cualidades psicométricas de la prueba como la fiabilidad test-retest. En este sentido se priorizó el bienestar del menor y las familias, evitando la revictimización. Disponer del análisis de la fiabilidad test-retest resultaría útil para poder valorar la eficacia de un programa de tratamiento.
- La presente investigación no dispone de grupo control. A pesar de haber efectuado las gestiones oportunas para acceder a población general, a través de colectivos escolares, durante el proceso de investigación no fue posible llegar a acceder a tales colectivos, dándose dificultades relacionadas con el consentimiento y los permisos de acceso a este tipo de muestra.
- La limitación más importante se encuentra en las características de la muestra empleada y el objeto de investigación. Gran parte de la muestra presentó una historia de polivictimización, por lo que la clínica que pudieran presentar los menores o que pudieran informar sus familiares o tutores legales no podría determinarse que fuera como consecuencia directa y exclusiva de una única variable o causa (el abuso sexual), al haber sufrido también otro tipo de situaciones victimizantes. En el caso de la muestra de menores que cumplieron el TSCC, la proporción de menores que informaron sobre una situación de polivictimización fue de 57:90. En el caso de los progenitores, la proporción fue de 36:56.

7.4. Líneas futuras de investigación.

Como propuestas de investigación no abordadas en el proyecto actual, se plantea la posibilidad de poder validar la prueba en menores que presentaren como victimización principal, otro tipo distinto a la de abuso sexual.

También cabría seguir investigando acerca de las escalas de validez de las que ambas pruebas disponen (al ser las que peores cualidades psicométricas presentan); estudiar su alcance y limitaciones, así como posibles mejoras en la valoración de la simulación en menores víctimas.

Por último, sería de utilidad examinar la validez test-retest que presentan ambas pruebas, lo que resultaría de gran utilidad como medida para valorar el proceso de intervención terapéutica en los menores o la eficacia de un tratamiento específico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, J., Forns, M. y Gómez, J. (2002). Emotional and behavioral problems as measured by the YSR: Gender and age differences in Spanish adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 18 (2), 149-157.
- Abad, J., Forns, M., Amador, J.A. y Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del youth self report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 12 (1), 49-54.
- Abad, J., Olea, J., Ponsoda, V. y García, C. (2011) *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 CBCL Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for the Youth Self Report and 1991 YSR Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Achenbach, T.M., Phares, V., Howell, C.T., Rauh, V.A. y Nurcombe, B. (1990). Seven-year outcome of the Vermont intervention program for low-birth weight infants. *Child Development*, 61 (6), 1672-1681.
- Ackard, D.M y Neumark-Sztainer D. (2002). Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse and Neglect*, 26 (5), 455-473.
- Ackerman, P.T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G. y Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical and both). *Child Abuse and Neglect*, 22 (8), 759-774.

- ACPI, Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid y Protégeles (2002). *Seguridad infantil y costumbres de los menores en internet*. Madrid: Defensor del Menor de la Comunidad del Madrid. Recuperado de http://www.protegeles.com/docs/estudio_internet.pdf.
- Adroher, S. (2011). El marco internacional de protección del menor en el proceso judicial. En Alcón, M.F. y De Montalvo, F. (Coords). *Los menores en el proceso judicial*. (pp.33-58) Madrid: Tecnos.
- Agorastos, A., Pittman, J.O.E., Angkaw, A.C., Nievergelt, C.M., Hansen, C.J., Aversa, L.H., Parisi, S.A., Barkauskas, D.A. y The Marine Resiliency Study Team, Baker, D.G. (2014) The cumulative effect of different childhood trauma types on self-reported symptoms of adult male depression and PTSD, substance abuse and health-related quality of life in a large active-duty military cohort. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 46-54.
- Ahmadkhaniha, H.R., Shariat, S.V., Torkaman-nejad, S. y Moghadam, M.M.H. (2007). The frequency of sexual abuse and depression in a sample of street children of one of deprived districts of Tehran. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16 (4), 23-62.
- Alarcón, L., Aragonés, R., Bassa, M., Farrán, M., Guillén, J.C., Juncosa, X., López, S., Querol, R. y Toro, L. (2010) *Características psicosociales y judiciales de los menores implicados en denuncias de abuso sexual*. Barcelona: Centre d'estudis jurídics i formació especialitzada.
- Alexander, P.C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (2), 185-195.
- Allen, J.G. y Coyne, L. (1995). Dissociation and vulnerability to psychotic experience. The Dissociative Experiences Scale and the MMPI. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (10), 615-622.
- Álvarez, M.I. (2011). La protección del menor como límite a los derechos fundamentales. En Alcón, M.F. y De Montalvo, F. (Coords). *Los menores en el proceso judicial*. (pp.15-32) Madrid: Tecnos.
- Amado, B., Arce, R. y Herráinz, A. (2015) Psychological injury in victims of child sexual abuse: a meta-analytic review. *Psychosocial intervention*, 24, 49-62.

- American Academy of Pediatrics y Committee on Child Abuse and Neglect (1991). Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*, 87 (2), 254-260.
- American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC) (2002). *Investigative interviewing in cases of alleged child abuse: Practice guidelines*. Chicago, IL: American Professional Society on the Abuse of Children.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. Ed., Text Revised*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Edition (DSM-5)*. Washington, DC.
- American Psychological Association (2012). *Specialty Guidelines for Forensic Psychology*. Recuperado de <http://www.apa.org/practice/guidelines/forensic-psychology.pdf>
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (2), 227-246.
- Arata, C.M. (1999). Repeated sexual victimization and mental disorders in women. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7 (3), 1-17.
- Arce, R. (2005) Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: el sistema de evaluación global (SEG). *Papeles del psicólogo*, 26, 59-77
- Arce, R., Vilariño, M., Novo, M., Fariña, F. y Candela, G. (2014) *Módulo VI. Evaluación en psicología forense. Máster en psicología jurídica y peritaje psicológico forense*. Valencia: Universitat de València.

- Armstrong, J.G., Putnam, F.W., Carlson, E.B., Libero, D.Z. y Smith, S.R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of nervous and mental disease*, 185(8), 491-497.
- Bae, J.D., Jeong, J.H., Lee, J.J. y Chung, U.S. (2015). The Study of Reliability and Validity of the Korean Version of the Trauma Symptom Checklist for Young Children. *Journal of Korean medical science*, 30(9), 1340-1346.
- Baita, S. (2005). Defensa disociativa en niños y adolescentes que sufrieron abuso sexual infantil. *Revista de Psicotrauma para Iberoamerica*, 3, 1. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3387/1/interpsiquis_2005_20964.pdf
- Baita, S. (2012). Trastornos disociativos, apego desorganizado y abuso sexual infantil. Implicaciones para las prácticas de intervención. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 3 (2), 1-24.
- Bal, S. y Uvin, K. (2009). The trauma symptom checklist for children (TSCC): Psychometric evaluation of the Dutch translation. *Gedragstherapie*, 42(3-4), 185-204.
- Bal, S., Crombez, G., De Bourdeaudhuij, I. y Van Oost, P. (2003a) Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child abuse and neglect*, 27 (8), 883-897.
- Bal, S., Crombez, G., De Bourdeaudhuij, I. y Van Oost, P. (2003b) The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child abuse and neglect*, 27 (12), 1377-1395.
- Bal, S., Crombez, G., De Bourdeaudhuij, I. y Van Oost, P. (2009) Symptomatology in adolescents following initial disclosure of sexual abuse: the roles of crisis support, appraisals and coping. *Child abuse and neglect*, 33 (10), 717-727.
- Bal, S., Crombez, G., De Bourdeaudhuij, I. y Van Oost, P. (2004) Differences in trauma symptoms and family functioning in intra and extrafamilial sexually abused adolescents. *Journal of interpersonal violence*, 19 (1), 108-123.

- Balluerka, N. y Vergara, A. (2002). *Diseños de investigación experimental en psicología: modelos y análisis de datos mediante el SPSS 10.0*. Madrid: Pearson.
- Bard, M. y Sangrey, D. (1979). *The crime victim's book*. New York: Basic Books.
- Barnes, E.J., Noll, J.G., Putnam, F.W. y Trickett, P.K. (2009). Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child abuse and neglect*, 33, 412-420.
- Barnett, D., Manly, J.T. y Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: The interface between policy and research. En Cicchetti, D. y Toth, S.L (Eds.) *Child abuse, child development and social policy* (pp.7-74). Norwood, NJ: Ablex.
- Barth, J., Bertmetz, L., Heim, E., Trelle, S. y Tonia, T. (2012). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International journal of public health*, 58 (3), 469-483.
- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil. Ecología social: prevención y reparación*. Santiago de Chile: Galdoc.
- Beckinsale, P., Martin, G. y Clark, S. (1990) Sexual abuse and suicidal issues in Australian young people. An interim report. *Australian Family Physician*, 28 (12), 1298-1303.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.
- Belloch, A. y Fernández, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Bennett, N. y O'Donohue, W. (in press). The construct of grooming in child sexual abuse: conceptual and measurement issues. *Journal of child sexual abuse*. 23(8), 957-976.
- Berliner, L. y Conte, J.R. (1990). The process of victimization: the victims' perspective. *Child abuse and neglect*, 14 (1), 29-40.
- Bernet, W. (1997). Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (10), 37-56.

- Bick, J., Zacaj, K., Ralston, E. y Smith, D. (2014) Convergence and divergence in reports of maternal support following childhood sexual abuse: prevalence and associations with youth psychosocial adjustment. *Child abuse and neglect*, 38 (3), 479-487.
- Bierer, L.M., Yehuda, R., Schmeidler, J., Mitropoulou, V., New, A.S., Silverman, J.M. y Siever, L.J. (2003). Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS spectrums*, 8(10), 737-754.
- Blumler, J., Keyte M. y Wiles, A. (1987) Training foster parents about sexual abuse. *Adoption Fostering*, 11 (2), 32-35.
- BOE (2014). *Proyecto de Ley del Estatuto de la víctima del delito*. Recuperado de http://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CONG/BOCG/A/BOCG-10-A-115-1.PDF
- BOE (2015). *Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito*. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2015/04/28/pdfs/BOE-A-2015-4606.pdf>
- Bolen, R. y Lamb, J.L. (2007) Parental support and outcome in sexually abused children. *Journal of child sexual abuse*, 16 (2), 33-54.
- Boon, S. y Draijer, N. (1993). Diagnosing dissociative disorders in the Netherlands: a clinical investigation of 71 patients. *American Journal of psychiatry*, 1 (50), 489-494.
- Bordin, I., Rocha, M., Paula, C., Teixeira, M.C., Achenbach, T., Rescorla, L. y Silveiras, E. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saúde Pública*, 29 (1), 13-28.
- Borja, S.E. y Callahan, J.L. (2009). The trauma outcome process assessment model: A structural equation model examination of adjustment. *Journal of child sexual abuse*, 18(5), 532-552.
- Bradley, R., Heim, A. y Westen, D. (2005). Personality constellations in patients with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (6), 769-780.

- Brewerton, T.D. (2007). Trastornos en la conducta alimentaria. Trauma y Comorbilidad: Centrado en el TEP. *Eating Disorders*, 15 (4), 285-304.
- Bridge, J.A., Goldstein, T.R. y Brent, D.A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 47(3/4), 372-394.
- Briere, J. (1996). *Trauma symptom checklist for children (TSCC)*. *Profesional manual*. Odessa, FL: Psychoogical Assessment Resorces, Inc.
- Briere, J. (2001). Evaluating treatment outcome. En Winterstein, M. y Scribner, S.R. (Eds.). *Mental health care for child crime victims: standards of care task force guidelines*. Sacramento, California: California Victims Compensation and Government Claims Board, Victims of Crime Program, State of California.
- Briere, J. (2005). *Trauma symptom checklist for young children (TSCYC)*. *Profesional manual*. Odessa, FL: Psychoogical Assessment Resorces, Inc.
- Briere, J. y Conte, J. (1993). Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of traumatic stress*, 6(1), 21-31.
- Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., Hanson, R. y Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child abuse and neglect*, 25 (8), 1001-1014.
- Briere, J., Kaltman, S. y Green, B. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of traumatic stress*, 21 (2), 223-226.
- Brilleslijper-Kater, S.N. y Baartman, H.E.M. (2000). What do young children know about sex? Research on the sexual knowledge of children between the ages of 2 and 6. *Child Abuse Review*, 9 (3), 166-182.
- Bromberg, D.S. y Johnson, B.T. (2001). Sexual interest in children, child sexual abuse, and psychological sequelae for children. *Psychology in the Schools*, 38 (4), 343-355.
- Brontembrener, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

- Brown, G.R., y Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American journal of Psychiatry*, 148(1), 55-61.
- Brown, J., Cohen P., Johnson J. y Smailes, E.M. (1999). Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 1490-1496.
- Bruck, M. y Ceci, S. (2004). Forensic developmental psychology: Unveiling for common misconceptions. *Current directions in psychological science*, 13 (6), 229-232.
- Brzozowska, A. (2004). Child maltreatment as risk factor for suicidal behavior, a literature review. *Psychiatria Polska*, 38 (1) ,29-36.
- Bussey, K. y Grimbeek, E.J. (1995). Disclosure processes: issues for child sexual abuse victims. En Rotenberg, K.J. (Ed.) *Disclosure Processes in Children and Adolescents*. (pp. 166-203). Cambridge Studies in Social and Emotional Development. Cambridge: Cambridge University Press.
- Calvi, B. (2005). *Efectos psíquicos del abuso sexual en la infancia*. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen Humanitas.
- Cano, A. (2014). La intervención del fiscal en delitos sexuales contra menores. En Lameiras M. y Orts, E. (Coords.) *Delitos sexuales contra menores. Abordaje psicológico, jurídico y policial*. (pp.287-313) Valencia: Tirant lo Blanch.
- Cantón, D. y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20 (4), 509-515.
- Cantón, J. (1997). Evaluación del abuso sexual infantil y tratamiento de las víctimas. En Cantón, J. y Cortés, M. *Malos tratos y abuso sexual infantil*. (7ª Edición). (pp. 284-362) Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F. y Cortés, M. R. (2011). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema*, 23 (1), 66-73.

- Carnes, C. Wilson, C., Nelson-Gardell, D. y Orgassa, U. (2001). Extended forensic evaluation when sexual abuse is suspected: A multi-site study. *Child Maltreatment*, 6 (3), 230-242.
- Carnes, C., Wilson, C. y Nelson-Gardell, D. (1999). Extended forensic evaluation when child abuse is suspected: A model and preliminary data. *Child Maltreatment*, 4 (3), 242-254.
- Caspi, A., Vishne, T., Sasson, Y., Gross, R., Livne, A. y Zohar, J. (2008). Relationship between childhood sexual abuse and obsessive-compulsive disorder: case control study. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 45 (3), 177-182.
- Catalán, M.J. (2004). Concepto y repercusiones psicológicas del abuso sexual infantil. En Vázquez, B. (Coord). *Abuso sexual infantil. Evaluación de la credibilidad del testimonio. Estudio de 100 casos.* (pp.9-33). Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Catalán, M.J. (2004). Errores y verdades sobre el abuso sexual [Tabla]. En Catalán, M.J. (2004) Concepto y repercusiones psicológicas del abuso sexual infantil. En Vázquez, B. (Coord). *Abuso sexual infantil. Evaluación de la credibilidad del testimonio. Estudio de 100 casos.* (pp.9-33). Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Catalán, M.J. (2004). Factores de protección y de vulnerabilidad [Tabla]. En Catalán, M.J. (2004) Concepto y repercusiones psicológicas del abuso sexual infantil. En Vázquez, B. (Coord). *Abuso sexual infantil. Evaluación de la credibilidad del testimonio. Estudio de 100 casos.* (pp.9-33). Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F. y Gratz, K.L. (2011) Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 34 (2), 337-347.
- Chen, J., Dunne, M.P. y Han, P. (2006). Child sexual abuse in Henan province, China: associations with sadness, suicidality, and risk behaviors among adolescent girls. *Journal Adolescent Health*, 38 (5), 544-549.

- Chromy, S. (2006). Sexually abused children who exhibit sexual behavior problems: Victimization characteristics. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7 (1), 25-33.
- Chung, U. (2014). The korean versión of the Trauma Symptom Checklist for Children: Psychometric properties and the connection to Trauma among korean children and adolescents. *Journal of korean medical science*, 29, 837-845.
- Cirillo, S. y Blasco, P. (1991). *Niños Maltratados. Diagnóstico y terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Claes, L. y Vandereycken, W. (2007). The Self-Injury Questionnaire Treatment Related (SIQ-TR): Construction, reliability, and validity in a sample of female eating disorder patients. En P.M. Goldfarb (Ed.), *Psychological Tests and Testing Research Trends*. New York: Nova Science Publishers.
- Claridge, G., Davis, C., Bellhouse, M. y Simone, K. (1998). Borderline personality, nightmares, and adverse life events in the risk for eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 25 (2), 339-351.
- Clarke, G.N., Hops, H., Lewinsohn, P.M., Andrews, J.A., Seeley, J.R. y Williams, J. (1992). Cognitive behavioral group treatment of adolescent depression: prediction of outcome. *Behavior Therapy*, 23, 341-354.
- Clarke, G.N., Lewinsohn, P.M, Hops, H. y Seeley, J.R. (1992). A self- and parent-report measure of adolescent depression: the Child Behavior Checklist Depression Scale (CBCL-D). *Behavioral Assessment*, 14, 443-463
- Clemente, M. (2014). Evaluación psicológica forense del abuso sexual infantil. En Lameiras M. y Orts, E. (Coords.) *Delitos sexuales contra menores. Abordaje psicológico, jurídico y policial*. (pp.315-337) Valencia: Tirant lo Blanch.
- Cohen, J.A. y Mannarino, A.P. (1988). Psychological symptoms in sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect*, 12 (4), 571-577.
- Cohen, J.A. y Mannarino, A.P. (1996). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (10), 1402-1410.

- Cohen, J.A. y Mannarino, A.P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 24, 983–994.
- Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P. y Steer, R.A. (2004). A multisite randomized controlled trial for children with sexual abuse related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (4), 393–402.
- Colmenero, M, Luzón, J.M., Moyna, J., Ortiz, J.C. y Torres, E. (2014) *Código Penal. 14ª Edición*. Madrid: Colex.
- Colombo, R.I., Agosta, C.B. y Barilari, M.Z. (2008). *Abuso y maltrato infantil. Tratamiento psicológico*. Buenos Aires: Cauquen.
- Connors-Burrow, N.A., Tempel, A.B., Sigel, B.A., Church, J.K., Kramer, T.L. y Worley K.B. (2012). The development of a systematic approach to mental health screening in Child Advocacy Centers. *Children and Youth Services Review*, 34, 1675-1682.
- Connon, G., Crooks, A., Carr, A., Dooley, B., Guerin, S., Deasy, D., O'Shea, D., Ryan, I. y O'Flaherty, A. (2011). Child sex abuse and the Irish Criminal Justice System. *Child abuse review*, 20, 102-119.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2000). Directrices internacionales para el uso de los tests. Comisión internacional de tests. *Infocop*, 77.
- Consejo General del Poder Judicial (2014). *Informe al anteproyecto de ley orgánica de protección a la infancia*. Recuperado de <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Consejo-General-del-Poder-Judicial/Actividad-del-GPJ/Informes/Informe-al-Anteproyecto-de-Ley-Organica-complementaria-de-Proteccion-a-la-Infancia>
- Conte, J., Sorenson, E., Fogarty, L. y Rosa, J.D. (1991). Evaluating children's reports of sexual abuse. Results from a survey of professionals. *American Journal of Orthopsychiatry* 61(3), 428-437.
- Conte, J., Wolf, S. y Smith, T. (1989). What sexual offenders tell us about prevention strategies. *Child abuse and neglect*, 13 (2), 293-301.

- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. y Van der Kolk, B.A. (Eds.) (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents*. National Child Traumatic Stress Network. Recuperado de http://www.ncstnet.org/sites/all/modules/pubdlnet/pubdlnet.php?file=/sites/default/files/assets/pdfs/ComplexTrauma_All.pdf&nid=1588.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., De Rosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E. y Van der Kolk, B.A. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 390-398.
- Coons, P.M., Bowman, E.S. y Milstein, V. (1988). Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *The Journal of nervous and mental disease*, 176(9), 519-527.
- Covert, D.L., Kinder, B.N. y Thompson, J.K. (1989). The psychosexual aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9 (2), 169-180.
- Copeland, W.E., Keeler, G., Angold, A., y Costello, J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64 (5), 577-584.
- Corral, P., Echeburúa, E. y Sarasúa, B. (1989). Estrés postraumático en víctimas de violación. En E. Echeburúa (Ed.), *Estrés: Problemática psicológica y vías de intervención*. (pp.121-136). San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Corral, P., Echeburúa, E., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1992). Estrés postraumático en ex combatientes y víctimas de agresiones sexuales: nuevas perspectivas terapéuticas. *Boletín de Psicología*, 35, 7-24.
- Cortés, M. (1997). Definición, incidencia y causas del abuso sexual infantil. En Cantón, J. y Cortés, M. *Malos tratos y abuso sexual infantil*. (7ª Edición). (pp. 172-220) Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Cortés, M. y Cantón, J. (1997). Consecuencias del abuso sexual infantil. En Cantón, J. y Cortés, M. *Malos tratos y abuso sexual infantil*. (7ª Edición). (pp. 221-283) Madrid: Siglo XXI de España Editores.

- Cortés, M. y Cantón, J. (1997). El abuso sexual infantil: un grave problema social. En Cantón, J. y Cortés, M. *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. (pp. 13-52) Madrid: Ediciones Pirámide.
- Courtois, C.A. (1979a). *Characteristics of a volunteer sample of adult women who experienced incest in childhood and adolescence*. Dissertation Abstracts International, 40A, Nov-Dec, 3194-A.
- Courtois, C.A. (1979b). The incest experience and its aftermath. *Victimology: American International Journal*, 4 (4), 337-347.
- Cuevas, A.C., Finkelhor, D., Clifford, C. y Ormrod, R.K. (2010). Psychological distress as a risk factor for re-victimization in children. *Child abuse and neglect*, 34 (4), 235-243.
- Curry, J.F. e Ilardi, S.S. (2000). Validity of the Devereux Scales of Mental Disorder with adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 (4), 578-588.
- Davey, R.I. y Hill, J. (1995). A study of the variability of training and beliefs among professionals who interview children to investigate suspected sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 19 (8), 933-942.
- Davis, L. y Siegel, L.J. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A review and analysis. *Clinical child and family psychology review*, 3 (3), 135-154.
- Day, A., Thurlowb, K. y Woolliscroftb, J. (2003). Working with childhood sexual abuse: a survey of mental health professionals. *Child Abuse and Neglect*, 27 (2), 191-198.
- De Paul, J., Pérez, A., Paz, P., Alday, N. y Mocora, I. (2002). Recuerdos de maltrato infantil en maltratadores y potencial de maltrato en víctimas de maltrato físico y abuso sexual. *Psicothema*, 14(1), 53-62.
- deYoung, M. y Lowry, J.A. (1992). Traumatic bonding: Clinical implications in incest. *Child Welfare*, 71, 165-175.
- Del Campo, A. y López, F. (2006). Evaluación de un programa de prevención de abusos sexuales a menores en educación primaria. *Psicothema*, 18 (1), 1-8.

- Devilly, G.J., Varker, T., Cook, F. y Yap, M.B.H. (2008). Child and Adolescent Sexual Abuse: Current Empirical Assessment Methods. En Hilarski, C., Wodarski, J.S. y Feit, M.D. (Eds). *Handbook of Social Work in Child and Adolescent Sexual Abuse*. New York: Haworth Press.
- Díaz, J.A. (2000) Abuso sexual infantil en la historia, concepto y tipos. En Díaz, J.A., Casado, J., García, E., Ruiz, M.A. y Esteban J. (Dir.). *Atención al abuso sexual infantil* (pp.51-59). Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Drach, K.M., Wientzen, J. y Ricci, L.R. (2001). The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. *Child Abuse and Neglect*, 25(4), 489-503.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Chapman, D.P., Williamson, D.F. y Giles, W.H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. *Journal American Medicine Association*, 286 (24), 3089-3096.
- Dubner, A.E. y Motta, R.W. (1999). Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67 (3), 367-373.
- Duffy, C., Keenan, M. y Dillenburg, K. (2006). Diagnosing child sex abuse: A research challenge. *International Journal of Behavioral Consultations and Therapy*, 2 (2), 150-173.
- Dunkley, D.M., Masheb, R.M. y Grilo, C.M. (2010). Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder: The mediating role of self-criticism. *International Journal of Eating Disorders*, 43 (3), 274-281.
- Dyregrow, A. y Yule, W. (2006). A Review of PTSD in Children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11 (4), 176-184
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). Concepto de abuso sexual. En Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. (pp.9-20) Barcelona: Ariel.

- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y Corral, P. (2003). Autoinformes y entrevistas en el ámbito de la psicología clínica forense: limitaciones y nuevas perspectivas. *Análisis y modificación de conducta*, 29 (126), 503-522.
- Echeburúa, E., Muñoz, J.M. y Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (1), 141-159.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32 (1), 65-74.
- Edgardh, K. y Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Pediátrica*, 89 (3), 310-319.
- Einbender, A.J. y Friedrich, W.N. (1989). Psychological functioning and behavior of sexually abused girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1), 155-157.
- Elliott, D.M. y Briere, J. (1994). Forensic sexual abuse evaluations of older children: Disclosures and symptomatology. *Behavioral Sciences and the Law*, 12, 261-277.
- Elliott, M., Browne, K. y Kilcoyne, J. (1995). Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. *Child Abuse and Neglect*, 19 (5), 579-594.
- Faller, K.C. (1993). *Child sexual abuse: Intervention and treatment issues*. McLean, Virginia: DIANE Publishing.
- Faller, K.C. (2003). *Understanding and assessing child sexual maltreatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Faller, K.C. (2007). *Interviewing Children about Sexual Abuse: Controversies and Best Practice*. New York: Oxford University Press.

- Faller, K.C. y Nelson-Gardell, D. (2010). Extended evaluations in cases of child sexual abuse: How many sessions are sufficient? *Journal of child sexual abuse*, 19(6), 648-668.
- Faller, K.C., Cordisco-Steele, L. y Nelson-Gardell, D. (2010). Allegations of sexual abuse of a child: What to do when a single forensic interview isn't enough. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(5), 572-589.
- Fariña, F, Seijo, D y Novo, M. (2000). Desprotección infantil: el maltrato. En Fariña, F (Coord). *Psicología Jurídica al servicio del menor*. Barcelona: Codecs.
- Fariña, F. y Arce, R. (2014). Práctica de la prueba psicológica-forense: el sistema de evaluación global (SEG). En Chan, C., Estrada, C. y Rodríguez, F.J. (Eds.), *Aportaciones a la psicología jurídica y forense desde Iberoamérica* (pp. 47-61). México DF: Manual Moderno.
- Fariña, F., Vilariño, M. y Arce, R. (2014). Evaluación psicológica forense de la victimización. En Wexler, D.B., Fariña, F., Morales, L.A. y Colín S.P. (Compiladores). *Justicia Terapéutica: experiencias y aplicaciones* (pp. 161-174). México: Instituto Nacional de Ciencias Penales.
- Favaro, A. y Santonastaso, P. (2000). Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188 (8), 537-542.
- Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (2011). *Cuadernos de bienestar y protección infantil. N°6 Abuso sexual Infantil (I) Definición y taxonomía*. Recuperado de http://www.fapmi.es/imagenes/subsecciones1/Cuadernos_06_ASI_01_Definici%C3%B3n.pdf
- Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (2010). *Datos disponibles sobre maltrato infantil 2008. Cuadernos de bienestar y protección infantil, 5*. Recuperado de www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/Cuadernos_05_Datos%202008.pdf

- Feiring, C. y Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse and Neglect*, 31 (11), 1169-1186.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M. y Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245-258.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M. y Horwood, L.J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child abuse and neglect*, 32(6), 607-619.
- Fernández, N. y Merino, H. (2001). Predictores de la ideación suicida: un estudio empírico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica (RPPC)*, 6 (2), 121-127.
- Fernández, R., Lameiras, M. y Failde, J.M. (2008). Estrés postraumático y nivel de bienestar vital en víctimas no recientes de abusos sexuales infantiles. *Sexología integral*, 5(2), 62-69.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Conceptos y modelos básicos. En Fernández-Ballesteros, R (Dir.). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. (2ª Edición). (pp. 27-59). Madrid: Pirámide.
- Ferrandis, D. (2014). Delito de online child grooming (art. 183 bis CP). En Lameiras M. y Orts, E. (Coords.) *Delitos sexuales contra menores. Abordaje psicológico, jurídico y policial*. (pp.185-202) Valencia: Tirant lo Blanch.
- Ferrandis, D. y Teruel, I. (2014). Los delitos de exhibicionismo y provocación sexual. En Lameiras M. y Orts, E. (Coords.) *Delitos sexuales contra menores. Abordaje psicológico, jurídico y policial*. (pp.125-137) Valencia: Tirant lo Blanch.
- Ferrando, P.J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31 (1), 18-33.

- Filipas, H.H. y Ullman, S.E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (5), 652-672.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child abuse and neglect*, 17(1), 67-70.
- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The future of children*, 4 (2), 31-53.
- Finkelhor, D. (1995). The victimization of children in a developmental perspective. *American journal of orthopsychiatry*, 65 (2), 177-193.
- Finkelhor, D. (1997). The victimization of children and youth: Developmental victimology. En R. C. Davis; A. J. Lurigio y W. G. Skogan (Eds.). *Victims of crime* (2ª Ed.). (pp.86-107). Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Finkelhor, D. (2007). Developmental victimology: The comprehensive study of childhood victimization. En Davis, R.C., Lurigio, A.J. y Herman, S. (Eds.) *Victims of Crime*. (pp. 9-34). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Finkelhor, D. (2008a). Efectos. En Sanmartín, J. (Coord.) *Violencia contra niños*. (4ª Edición), (pp. 181-202). Barcelona: Ariel
- Finkelhor, D. (2008b). Factores de riesgo. En Sanmartín, J (Coord.) *Violencia contra niños*. (4ª Edición), (pp. 157-177). Barcelona: Ariel.
- Finkelhor, D. (2008c). *Childhood victimization. Violence, crime and abuse in the lives of young people*. New York: Oxford University Press.
- Finkelhor, D. y Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (11), 1408-1423.
- Finkelhor, D. y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55 (4), 530-541.

- Finkelhor, D. y Hotating, G.T. (1984). Sexual abuse in the National Incidence Study of Child Abuse and Neglect: an appraisal. *Child abuse and neglect*, 8 (1), 23-32.
- Finkelhor, D. y Russell, D. (1984). Women as perpetrators: Review of the evidence. *Child sexual abuse: New theory and research*, 171-187.
- Finkelhor, D., Moore, D., Hamby, S.L. y Straus, M.A. (1997). Sexually abused children in a national survey of parents: methodological issues. *Child abuse and neglect*, 21(1), 1-9.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. y Turner, H. (2007). Poly-victimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and psychopathology*, 19 (1), 149-166.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. y Hamby, S. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, 10 (1), 5-25.
- Finkelhor, D., Ormrod, R.K. y Turner, H.A. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child abuse and neglect*, 31, 7-26.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H.A. y Hamby, S.L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of adolescent health*, 55 (3), 329-333.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H.A., Ormrod, R. y Hamby, S.L. (2011). Polyvictimization in developmental context. *Journal of child and adolescent trauma*, 4 (4), 291-300.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R. y Hamby, S.L. (2010). Trends in childhood violence and abuse exposure: evidence from 2 national surveys. *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, 164 (3), 238-242.
- Fis, N.P., Arman, A., Kalaca, S. y Berkem, M. (2010). Psychiatric evaluation of sexual abuse cases: A clinical representative sample from Turkey. *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1285-1290.
- Fischer, D.G. y McDonald, W.L. (1998). Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child sexual abuse and neglect*, 22(9), 915-929.

- Forbes, F., Duffy, J.C., Mork, J. y Lemving, J. (2003). Early intervention service for non-abusing parents of victims of child sexual abuse. *The British Journal of Psychiatry*, 183 (1), 66-72
- Ford, J.D. (2011). Assessing child and adolescent complex traumatic stress reactions. *Journal of child and adolescent trauma*, 4 (3), 217-232.
- Ford, J.D., Wasser, T. y Connor, D.F. (2011). Identifying and determining the symptom severity associated with polyvictimization among psychiatrically impaired children in the outpatient setting (2011). *Child maltreatment*, 16, 21-226.
- Forns, M. (2004). Bases conceptuales i metodològiques de l'avaluació psicològica. En Forns, M., Abad, J., Amador, J.A., Kirchner, T. y Roig, F. *Avaluació psicològica*. (2ª Edición). (pp. 21-52). Barcelona: Editorial UOC. Col·lecció Manuals.
- Fossati, A., Madeddu, F. y Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study. *Journal of personality disorders*, 13(3), 268-280.
- Fresno, A., Spencer, R., Ramos, N. y Pierrehumbert, B. (2014). The effect of sexual abuse on children's attachment representations in Chile. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23 (2), 128-145
- Frías, A., Vázquez, M., Del Real, A., Sánchez Del Castillo, C. y Giné, E. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 103 (5), 33-48.
- Fricker, A.E. y Smith, D.W. (2001). Trauma specific versus generic measurement of distress and the validity of self-reported symptoms in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10, 51-66.
- Fricker, A.E. y Smith, D.W. (2002). Trauma specific versus generic measurement of distress and the validity of self-reported symptoms in sexually abused children. *Journal of child sexual abuse*, 10(4), 51-66.
- Friedrich, W.N. (2006). Measures for evaluating child sexual abuse. En Sparta, S. y Koocher, G. *Forensic mental health assessments of children and adolescents*. (pp.412-424). New York: Oxford University Press.

- Friedrich, W.N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M. y Shafran, C.R. (1998). Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. *Pediatrics*, 101 (4), 1-8.
- Friedrich, W.N., Gerber, P. N., Koplin, B., Davis, M., Giese, J., Mykelbust, C. y Franckowiak, D. (2001). Multimodal assessment of dissociation in adolescents: Inpatients and juvenile sex offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 13(3), 167-177.
- Gallagher, B. (2000). The extent and nature of known cases of institutional child sexual abuse. *British Journal of Social Work*, 30 (6), 795-817.
- Ganduglia, A. (1999). Abuso sexual infantil: cuando el no creer se transforma en violencia. *Revista del Ateneo Psicoanalítico*, 2, 177-195
- García, E., Pedreira, J.L. y Muñoz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clínica y salud: Revista de psicología clínica y salud*, 8(3), 447-480.
- Garfinkel, P., Kennedy S. y Kaplan A. (1995). Views on classification of the eating disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 40 (8), 485-496.
- Garrido, E. y Masip, J. (2004). *La evaluación del abuso sexual infantil*. I Congreso de psicología jurídica y forense en red. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/congresoredforense>
- George, D. y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A Simple Guide and Reference. 11.0 Update* (4.ª ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gibb, B.E., Wheeler, R., Alloy, L.B. y Abramson, L. Y. (2001). Emotional, physical, and sexual maltreatment in childhood versus adolescence and personality dysfunction in young adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 15(6), 505-511.
- Gil, D.G. (1970). *Violence against children*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gliem, J. A. y Gliern, R. R. (2003). Calculating, interpreting and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. *Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing and Community Education*, 82-88.

- Godbout, N., Briere, J., Sabourin, S. y Lussier, Y. (2014). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. *Child abuse and neglect*, 38 (2), 317-325.
- González, E., Martínez, V., Leyton, C. y Bardi, A. (2004). Características de los abusadores sexuales. *Revista Sogia*, 11(1), 6-14.
- González, E., Orgaz, B. y López, F. (2012). La conducta sexual infantil como indicador de abusos sexuales: los criterios y sesgos de los profesionales. *Psicothema*, 24(3), 402-409.
- Goodman-Brown, T.B., Edelstein, R.S., Goodman, G.S., Jones, D.P.H y Gordon, D.S. (2003). Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. *Child abuse and neglect*, 27(5), 525-540.
- Green, M. (2009). *Children and Trauma, an evaluation of the Bronx child and adolescent witness support program*. New York: Center for court innovation. Recuperado de http://www.courtinnovation.org/sites/default/files/children_trauma.pdf
- Griffin, M.G., Resick, P.A. y Mechanic, M.B. (1997). Objective assessment of peritraumatic dissociation: Psychophysiological indicators. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1081-1088.
- Grilo, C.M., y Masheb, R.M. (2001). Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eatingrelated psychopathology. *Obesity Research & Clinical Practice*, 9 (5), 320-325.
- Groholt, B., Ekeberg, O., Wichstrom, L. y Haldorsen, T. (2005) Suicidal and nonsuicidal adolescents; different factors contribute to self-esteem. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35 (5), 525-535.
- Groth, G. y Michel, N. (2000). Dissociation, comorbidity of dissociative disorders, and childhood abuse in a community sample of women with current and past bulimia. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 28 (3), 279-292.
- Guinarte, G. y Vázquez-Portomeñe, F. (2014). Delitos relativos a la prostitución y corrupción de menores. En Lameiras, M. y Orts, E. (Coords.) *Delitos sexuales*

- contra menores. Abordaje psicológico, jurídico y policial.* (pp.139-182) Valencia: Tirant lo Blanch.
- Gustafson, T.B. y Sarwer, D.B. (2004). Childhood sexual abuse and obesity. *Obesity Reviews*, 5 (3), 129-135.
- Gustafsson, P.E., Nilsson, D. y Svedin, C.G. (2009) Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 18,274-283.
- Habib, M. y Labruna, V. (2011). Clinical considerations in assessing trauma and PTSD in adolescents. *Journal of child and adolescent trauma*, 4 (3), 198-216.
- Hamby, S.L. y Finkelhor, D. (2000). The victimization of children: Recommendations for assessment and instrument development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (7), 829-840.
- Harvey, M. (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (1), 3-23.
- Haugaard, J. (2000). The challenge of defining child sexual abuse. *American psychologist*, 55 (9), 1036-1039.
- Hawkins, S.S. y Radcliffe, J. (2006). Current measures of PTSD for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (4), 420-430.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. y Weatherall, R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: self- report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325 (7374), 1207-1211.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I.V. y Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21 (5), 287-299.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and Recovery: The aftermath of violence. From Domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Herman, J.L., Perry, J.C. y Van Der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146 (4), 490-495

- Herman, S. (2005). Improving decision making in forensic sexual abuse evaluations. *Law and Human Behavior*, 29 (1), 87-120.
- Herman, S. (2010). The role of corroborative evidence in child sexual abuse evaluations. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*, 7, 189-212.
- Hernan, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5 (3), 377-391.
- Hernández, J.A., Vázquez, B. y Sánchez, J. (1991) Aproximación a la psicología y el trabajo social forenses. *Papeles del psicólogo*, 48,46-51.
- Herrero, C. y Garrido, E. (2002). Los efectos de la violencia sobre sus víctimas. *Psicothema*, 14 (1), 109-117.
- Holigrocki, R.J. y Raches, C.M. (2006). Sequelae of child sexual abuse: a child and parent assessment. *Journal of personality assessment*, 86 (2), 131-141.
- Holt, T., Cohen, J., Mannarino, A. y Jensen, T.K. (2014). Parental emotional response to children's traumas. *Journal of aggression, maltreatment and trauma*, 23, 1057-1071
- Holt, T., Jensen, T.K. y Wentzel-Larsen, T. (2014). The change and the mediating role of parental emotional reactions and depression in the treatment of traumatized youth: results from a randomized controlled study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 8 (11).
- Horesh, N., Nachshoni, T., Wolmer, L. y Toren, P. (2009). A comparison of life events in suicidal and nonsuicidal adolescents and young adults with major depression and borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 50(6), 496-502.
- Horevitz, R.P. y Braun, B.G. (1984). Are multiple personalities borderline? An analysis of 33 cases. *Psychiatric Clinics of North America*, 7 (1), 69-87.
- Horton, C. y Cruise, T.K. (1997). Clinical assessment of child victims and adult survivors of child maltreatment. *Journal of Counseling and Development*, 76, 94-104.

- Huh, J., DeLorme, D.E. y Reid, L.N. (2006). Perceived third-person effects and consumer attitudes on prevetting and banning DTC advertising. *Journal of Consumer Affairs*, 40(1), 90-116.
- Iborra, I. (Coord.) (2014) *Módulo VIII. Victimología. Máster en psicología jurídica y peritaje psicológico forense*. Valencia: Universitat de València.
- Intebí, I.V. (2011). Definiciones y efectos del abuso sexual infantil. En Intebí, I.V. *Proteger, reparar, penalizar. Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*. (pp. 17-37). Buenos Aires: Granica.
- Intebí, I.V. (2011). La complejidad del diagnóstico. En Intebí, I.V. *Proteger, reparar, penalizar. Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*. (pp. 39-58) Buenos Aires: Granica.
- Jensen, P.S., Salzberg, A.D., Richters, J.E. y Watanabe, H.K. (1993). Scales, diagnoses and child psychopathology: I. CBCL and DISC relationships. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (2), 297-406.
- Johnson, D.M., Sheahan, T.C. y Chard, K.M. (2004). Personality disorders, coping strategies, and posttraumatic stress disorder in women with histories of childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(2), 19-39.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E.M. y Bernstein, D.P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives General Psychiatry*, 56(7), 600-606.
- Joseph, J.M. (2003). El Abuso Sexual, los Trastornos en la Conducta Alimentaria y los Síntomas Relacionados. *Healthy Weight Journal*, 17 (6), 86-89.
- Joseph, S.A., Brewing, C.R., Yule, W. y Williams, R. (1993). Causal Attributions and Post-Traumatic Stress in Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34 (2), 247-253.
- Juárez, J.R. (2002). *La credibilidad del testimonio infantil ante supuestos de abuso sexual: indicadores psicosociales*. Tesis doctoral. Universitat de Girona.

- Juárez, J.R. y Sala, E. (2011) *Entrevistando a niños preescolares víctimas de abuso sexual y/o maltrato familiar. Eficacia de los modelos de entrevista forense*. Barcelona: Centre d'estudis jurídics i formació especialitzada.
- Jumper, S.A. (1995). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child abuse and neglect*, 19(6), 715-728.
- Kaplan, R.M. y Saccuzzo, D.P. (2006). *Pruebas Psicológicas: Principios, aplicaciones y temas*. Madrid: Thompson.
- Kaplan, S., Pelcovitz, D. y Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 38 (10), 1214-1222.
- Karcen, A (2010). *Crime victims. An introduction to victimology*. 7th Ed. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- Kemp, K., Gilbertson, A.D. y Torem, M. (1988). The differential diagnosis of multiple personality disorder from borderline personality disorder. *Dissociation: progress in dissociative disorders*, 1 (4), 41-46.
- Kempe, C.H., Silverman, F.N., Steele, B.F., Droegemueller, W. y Silver, H.K. (1962). The battered-child Syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181 (17), 17-24.
- Kendall-Tackett, K.A. y Watson, M.W. (1991). Factors that influence professional's perceptions of behavioral indicators of child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 6 (3), 385-395.
- Kendler, K.S. y Prescott, C.A. (1999). A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 56 (1), 39-44.
- Kendler, K.S., Kuhn, J.W. y Prescott, C.A. (2004). Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychological medicine*, 34(08), 1475-1482.

- Kern, J.M. y Hastings, T. (1995). Los entornos familiares diferenciales de las bulímicas y de las víctimas de abuso sexual infantil: Orientado al Logro. *Journal of Clinical Psychology*, 51 (4), 499-506.
- Kienhorst, C., De Wilde, E., Diekstra, R. y Wolters W. (1992). Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85 (3), 222-228.
- Kilpatrick, D.G., Ruggiero, K.J., Acierno, R., Saunders, B.E., Resnick, H.S. y Best, C.L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71 (4), 692.
- King, N.J., Heyne, D., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Rollings, S. y Ollendick, T.H. (2003). Sexually abused children suffering from post-traumatic stress disorder: Assessment and treatment strategies. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32 (1), 2-12.
- Kingston, S. y Raghavan, C. (2009). The relationship of sexual abuse, early initiation of substance use and adolescent trauma to PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (1), 65-68.
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27 (2), 226-239.
- Krug, E.G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. y Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Kuitca, M., Berezin, J. y Felbarg, D. (2011). ¿Cómo enfocar el abuso sexual infantil? El psicoanálisis en la interdisciplina. *Psicoanálisis*, 33 (2), 291-306.
- Kumar, G. y Steer, R. (1995). Psychosocial correlates of suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide Life Threat Behav*, 25(3), 339-346.
- Lacalle, M., Domènech, J.M., Granero, R. y Ezpeleta, L. (2014). Validity of the DSM-Oriented Scales of the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report. *Psicothema*, 26 (3), 364-371.
- Lamb, M.E., Orbach, Y., Hershkowitz, I., Esplin, P.W. y Horowitz, D. (2007) A structured forensic interview protocol improves the quality and informativeness of

investigate interviews with children: A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child abuse and neglect*, 31, 1201-1231.

Lameiras, M., Carrera, M.V. y Failde, J.M. (2008) Abusos sexuales a menores: estado de la cuestión a nivel nacional e internacional. *Revista d'estudis de la violencia*, 6.

Lameiras, M., Carrera, M.V., Rodríguez, Y. y Alonso, A. (2014). Aproximación psicológica a la problemática de los abusos sexuales en la infancia. En Lameiras M. y Orts, E. (Coords.) *Delitos sexuales contra menores. Abordaje psicológico, jurídico y policial*. (pp.39-67) Valencia: Tirant lo Blanch.

Landstedt, E. y Gillander, K. (2011). Deliberate self-harm and associated factors in 17-year-old Swedish students. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39 (1), 17-25.

Lanktree, C. y Briere, J. (1995). Outcome of therapy for sexually abused children: a repeated measures study. *Child abuse and neglect*, 19(9), 1145-1155.

Lanktree, C., Briere, J. y Zaidi, L. (1991). Incidence and impact of sexual abuse in a child outpatient sample: The role of direct inquiry. *Child abuse and neglect*, 15 (4), 447-453.

Lanktree, C., Briere, J., Godbout, N., Hodges, M., Chen, K., Trimm, L., Adams, B., Maida, C.A. y Freed, W. (2012). Treating multitraumatized, socially, marginalized children: results of a naturalistic treatment outcome study. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 21, 813-828.

Lanktree, C.B., Gilbert, A.M., Briere, J., Taylor, N., Chen, K., Maida, C.A. y Saltzman, W.R. (2008). Multi-informant assessment of maltreated children: Convergent and discriminant validity of the TSCC and TSCYC. *Child abuse and Neglect*, 32 (6), 621-625.

Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. y Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71 (3), 1-13.

Lauer, J., Black, D.W. y Keen, P. (1993). Multiple personality disorder and borderline personality disorder: distinct entities or variations on a common theme? *Annals of Clinical Psychiatry*, 5 (2), 129-134.

- Leander, L., Christianson, S.A. y Granhag, P.A. (2008). Internet-initiated sexual abuse: adolescent victims' reports about On- and off-line sexual activities. *Applied cognitive psychology*, 22(9), 1260-1274.
- Lemieux, S.R. y Byers, E.S. (2008). The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse. *Psychology of Women Quarterly*, 32 (2), 126-144.
- Lemos, S., Vallejo, G., y Sandoval, M. (2002). Estructura factorial del Youth Self Report (YSR). *Psicothema*, 14 (4), 816-822.
- Leonard, E. D. (1996). A social exchange explanation for the Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome. *Journal of Interpersonal Violence*, 11 (1), 107-117.
- Leonard, S., Kao, A. y Steiger, H. (2003). Childhood and adulthood abuse in bulimic and non bulimic women: Prevalences and psychological correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 33 (4), 397-405.
- Levenson, J.S. y Morin, J.W. (2006). Risk assessment in child sexual abuse cases. *Child welfare League of America*, 85(1), 59-82.
- Li, X., Fang, X., Stanton, B., Zhao, G., Lin, X., Zhao, J., Zhang, L., Hong, Y. y Chen, X. (2009). Psychometric evaluation of the Trauma Symptoms Checklist for Children (TSCC) among children affected by HIV/AIDS in China. *Aids care*, 21 (3), 261-270.
- Lobbestael, J., Arntz, A. y Sieswerda, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 240-253.
- Loo, R. (2001). Motivational orientations toward work: An evaluation of the Work Preference Inventory (Student Form). *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 33, 222-233.
- López, F. (1993). *Efectos de los abusos sexuales en menores*. II Congreso estatal sobre infancia maltratada. Vitoria: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco, 221-268.
- López, F. (1994). *Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores*. (2ª Edición). Madrid: Ministerio de Trabajo y asuntos sociales.

- Losada, A.V. (2009). *Nuevos aportes al abuso sexual infantil*. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.
- Lozano, L. y García, E. (2000). El rendimiento escolar y los trastornos emocionales y comportamentales. *Psicothema*, 12 (2), 340-343.
- Lubit, R., Hartwell, N., Van Gorp, W.G. y Eth, S. (2002). Forensic evaluation of trauma syndromes in children. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 11(4), 823-857.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E.M., Corcoran, P., De Leo, D., de Wilde, E.J., Fekete, S., Van Heeringen, K., Ystgaard, M. y Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20 (10), 499-508.
- Maffioletti, F. (2010) Evaluación pericial psicológica del daño. En Maffioletti, F. *Guía para la evaluación pericial de daño en víctimas de delitos sexuales. Documento de trabajo interinstitucional*. (pp. 85-135) Chile: Fiscal nacional del ministerio público.
- Magalhães, T., Taveira, F., Jardim, P., Santos, L., Matos, E. y Santos, A. (2009) Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. *Journal of forensic and legal medicine*, 16 (8), 455-459.
- Maida, A., Molina, E., Basualto, C., Bahamondes, C., Leonvendagar, X. y Abarca, C. (2005) La experiencia de abuso en las madres: ¿es un predictor de abuso sexual de sus hijos? *Revista chilena de pediatría*, 76 (1), 41-47.
- Malhotra, S. y Biswas, P. (2006). Behavioral and psychological assessment of child sexual abuse in clinical practice. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2 (1), 17-28.
- Malón, A. (2008). La hipótesis del trauma en el abuso sexual: revisión crítica e implicaciones. *Revista colombiana de psicología*, 17, 177-200.
- Mannarino, A.P. y Cohen, J.A. (1986). A clinical-demographic study of sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 10 (1), 17-23.

- Mannarino, A.P. y Cohen, J. (1996). Family-related variables and psychological symptom formation in sexually abused girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5 (1), 105-120.
- Mannon, K. y Leitschuh, G. (2002) Child sexual abuse: a review of definitions, instrumentation and symptomology. *North American journal of psychology*, 4(1), 149-160.
- Mannon, K. y Leitschuh, G. (2002). Child sexual abuse: A review of definitions, instrumentation, and symptomology. *North American Journal of Psychology*, 4(1), 149-160.
- Martín, J.L. y De Paul, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16 (1), 45-49.
- Mas, B. y Carrasco, M.A. (2012). Abuso sexual y maltrato infantil. En Comeche, M.I y Vallejo, M.A. *Manual de terapia de conducta en la infancia*. (2ª Edición) (pp. 243-268). Madrid: Dykinson.
- Mas, B. y Carrasco, M.A. (2012). Modelo ecosistémico integrador del Maltrato Infantil [Figura]. En Comeche, M.I y Vallejo, M.A. *Manual de terapia de conducta en la infancia*. (2ª Edición) (pp. 243-268). Madrid: Dykinson.
- Matallín, A. (2014). Acoso sexual a menores. En Lameiras M. y Orts, E. (Coords.) *Delitos sexuales contra menores. Abordaje psicológico, jurídico y policial*. (pp.87-105). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Matsumoto, T., Azekaw, T., Yamaguchi, A., Asami, T. y Iseki, E. (2004). Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 58(2), 191-198.
- Matta, K.M., Jonson-Reid, M. y Seay, K. (2014). The influence of childhood sexual abuse on adolescent outcomes: the roles of gender, poverty and revictimization. *Journal of child sexual abuse*, 23(4), 367-386.
- McCart, J., Davies, W.H., Harris, R., Wincek, J., Calhoun, A.D. y Melzer-Lange, M.D. (2005). Assessment of trauma symptoms among adolescent assault victims. *Journal of adolescent health*, 36, 70.e7-70.e13.

- McClelland, L., Mynors-Wallis, L., Fahy, T. y Treasure, J. (1991). Sexual Abuse, Disordered Personality and Eating Disorders. *British Journal of Psychiatry* (supplement), 158, 63-68.
- McLean, L.M. y Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160 (2), 369-371.
- McLeer, S., Deblinger, E., Atkins, M., Foa, E. y Ralphe, D. (1988) Posttraumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27 (5), 650-654.
- McLeer, S.V., Deblinger, E., Henry, D. y Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(5), 875-879.
- McMahon, E.M., Reulbach, U., Corcoran, P., Keeley, H.S., Perry, I.J. y Arensman, E. (2010). Factors associated with deliberate self-harm among *Irish adolescents*. *Psychological Medicine*, 40 (11), 1811-1819.
- McMillem, C. y Zuravin, S. (1997). Attributions of blame and responsibility for child sexual abuse and adult adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 12 (1), 30-48.
- McNally, R., Clancy, S., Barrett, H. y Parker, H. (2004). Inhibiting retrieval of trauma cues in adults reporting histories of childhood sexual abuse. *Cognition and Emotion*, 18 (4), 479-493.
- Medoff, D. (2010). Protecting the integrity of forensic psychological testing: A reply to Geffner, et al. (2009). *Journal of Child Custody*, 7(1), 78-92.
- Meyerson, L., Long, P., Miranda, R. y Marx, B. (2002). The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment and gender on the psychological adjustment of adolescent. *Child abuse and neglect*, 26 (4), 387-405.
- Mian, M., Marton, P. y LeBaron, D. (1996). The effects of sexual abuse on 3- to 5- year – old girls. *Child Abuse and Neglect*, 20 (8), 731-745.

- Miller, T.W. y Veltkamp, L.J. (1995). Assessment of sexual abuse and trauma: Clinical measures. *Child Psychiatry and Human Development*, 26, 3-10.
- Mitchell, K.J., Finkelhor, D. y Wolak, J. (2001). *The exposure of youth to unwanted sexual material on the internet: a national survey of risk, impact and prevention*. VII International Family Violence Research Conference, Portsmouth, NH, USA.
- Mitchell, K.J., Ybarra, M. y Finkelhor, D. (2007). The relative importance of online victimization in understanding depression, delinquency and substance use. *Child maltreatment*, 12(4), 314-324.
- Mohammadkhani, P., Ali, M., Rezaee, E., Raza, M. y Azadmehr, H. (2007). Standardization of trauma symptoms checklist for children. *Psicología: Teoría e práctica*, 9 (1), 75-85.
- Mohammadkhani, P., Mohammadi, M., Nazari, M., Dogaheh, W., Nikfarjam, M. y Azadmehr, H. (2005). Standardization of a trauma symptoms checklist for children. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 19 (1), 41-48.
- Molnar, B.E., Berkman, L.F. y Buka, S.L. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behavior in the US. *Psychological Medicine*, 31 (6), 965-977.
- Montiel, I., Carbonell, E.J. y Salom, M. (2014). Fases de la dinámica de Ciber-abuso Sexual Juvenil (CAS-J). [Figura]. En Lameiras M. y Orts, E. (Coords.) *Delitos sexuales contra menores. Abordaje psicológico, jurídico y policial*. (p.217) Valencia: Tirant lo Blanch.
- Montiel, I., Carbonell, E.J. y Salom, M. (2014). Formas básicas de Victimización Infantil Sexual Online (VISO). [Figura]. En Lameiras M. y Orts, E. (Coords.) *Delitos sexuales contra menores. Abordaje psicológico, jurídico y policial*. (p.206) Valencia: Tirant lo Blanch.
- Montiel, I., Carbonell, E.J. y Salom, M. (2014). Victimización infantil sexual online: online grooming, ciber-abuso y ciber-acoso sexual. En Lameiras M. y Orts, E. (Coords.) *Delitos sexuales contra menores. Abordaje psicológico, jurídico y policial*. (pp.203-224) Valencia: Tirant lo Blanch.

- Montiel, I., Salom, M. y Carbonell, E.J. (2011). *Dinámica del ciberabuso sexual juvenil*. Póster presentado en el I Symposium Internacional sobre abuso psicológico, Granada, España. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/275273523_DINMICA_DEL_CIBERABUSO_SEXUAL_JUVENIL
- Monzón, I. (1999) Abuso sexual contra menores: violencia de la desmentida. *Revista Ateneo psicoanalítico*, 2. Recuperado de <http://caminos.org.uy/abusosexualcontra menores.pdf>
- Moreno, C. (2005). Concepto y definición de evaluación psicológica. En Moreno, C. (Ed.). *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia*. (2ª Edición). (pp. 5-33). Madrid: Sanz y Torres.
- Moreno, J.M. (2006) Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e investigación en psicología*, 11 (2), 271-292.
- Morrill, A.C., Kasten, L., Urato, M. y Larson, M.J. (2001). Abuse, addiction and depression as pathways to sexual risk in women and men with a history of substance abuse. *Journal of substance abuse*, 13, 169-184.
- Moyer, D.M., DiPietro, L., Berkowitz, R.I. y Stunkard, A.J. (1997). Childhood sexual abuse and precursors of binge eating in an adolescent female population. *International Journal of Eating Disorders*, 21 (1), 23-30.
- Muela, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de psicología*, 24 (1), 77-87.
- Muñiz, J., Elosua, P. y Hambleton, R.K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157.
- Murray, C.D., MacDonald, S. y Fox, J. (2008). Body satisfaction, eating disorders and suicide ideation in an Internet sample of self-harmers reporting and not reporting childhood sexual abuse. *Psychology and Health*, 13 (1), 29-42.
- Myskow, L. (2006). The impact of childhood sexual abuse on women's healthcare. *Cytopathology*, 17 (1), 4-5.

- Nagata, T., Kawarada, Y., Kiriike, N. y Iketani, T. (2000). Multi-impulsivity of Japanese patients with eating disorders: primary and secondary impulsivity. *Journal of Psychiatric Research*, 94 (3), 239-250.
- National Center of Child Abuse and Neglect (1978). *Child sexual abuse: incest, assault and sexual exploitation*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- National Center of Child Abuse and Neglect (1988). Levels of recognition of child abuse and neglect [Figura]. En World Health Organization, Child Health and Development Division of Family Health, Injury Prevention Programme Division of Emergency and Humanitarian Action and Division of Mental Health (1994). *Protocol for the study of interpersonal physical abuse of children*. Switzerland: Geneva.
- NCANDS. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau (2015). *Child Maltreatment*, 2013. Recuperado de <http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm2013.pdf>
- NCANDS. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau (2015). Maltreatment types of victims, 2013. [Tabla] En NCANDS. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. *Child Maltreatment*, 2013. Recuperado de <http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm2013.pdf>
- NCANDS. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau (2015). Maltreatment types of victims, 2009-2013. [Tabla] En NCANDS. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. *Child Maltreatment*, 2013. Recuperado de <http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm2013.pdf>

- Negriff, S., Schneiderman, J.U., Smith, C., Schreyer, J.K. y Trickett, P.K. (2014). Characterizing the sexual abuse experiences of young adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 38, 261-270.
- Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, V. E. y Briere, J. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: a meta-analytic review. *Child maltreatment*, 1 (1), 6-16.
- Nilsson, D, Wadsby, M. y Svedin, C.G. (2008). The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) in a sample of Swedish children. *Child abuse and neglect*, 32, 627-636.
- Nilsson, D. (2007). *Trauma, posttraumatic stress and dissociation among swedish adolescents. Evaluation of questionnaires*. Linköping: Linköping University Faculty of health sciences.
- Nock, M.K., Joiner, T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson, E. y Prinstein, M.J. (2006). Nonsuicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144 (1), 65-72.
- Noguero, V. (1997). Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil. En Casado, J., Díaz, J.A. y Martínez, C. *Niños maltratados* (pp.177-182). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Noll, J.G., Zeller, M.H., Trickett, P.K. y Putnam, F.W. (2007). Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: a prospective study. *Pediatrics*, 120 (1), 61-67.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory* (2ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- O'Connor, R.C., Rasmussen, S. y Hawton, K. (2009). Predicting deliberate self-harm in adolescents: a six month prospective study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39 (4), 364-375.
- Observatorio de la Infancia Grupo de Trabajo Sobre Maltrato Infantil (2006) *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*. Madrid: Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones.
- Observatorio de la Infancia Grupo de Trabajo Sobre Maltrato Infantil (2006) *Tipologías del maltrato infantil*. [Tabla]. En Observatorio de la Infancia Grupo de Trabajo

- Sobre Maltrato Infantil (2006) *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*. Madrid: Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones.
- Odriozola, E.E. y Zunzunegui, I.J.S. (2008). Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 733-749.
- Olaya, B., Tarragona, M.J., Osa, N. y Ezpeleta, L. (2008). Protocolo de evaluación de niños y adolescentes víctimas de la violencia doméstica. *Papeles del psicólogo*, 29 (1), 123-135.
- Olivera, A. (2010). *Trastorno Disociativo de Identidad: ¿hecho o artificio?* Tesina. Recuperado de www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/295_Olivera.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Integrated Multisectoral Approach to Child Abuse: Introduction and Core Guidelines: General Information
- Orijuela, L. y Rodríguez, V. (2012). *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales*. Madrid: Save the Children España.
- Orts, E. y Alonso, A. (2014). Introducción al estudio de los delitos sexuales contra menores. En Lameiras M. y Orts, E. (Coords.) *Delitos sexuales contra menores. Abordaje psicológico, jurídico y policial*. (pp.27-37) Valencia: Tirant lo Blanch.
- Orts, E. y Roig, M. (2014). Concepto de material pornográfico en el ámbito penal. En Lameiras M. y Orts, E. (Coords.) *Delitos sexuales contra menores. Abordaje psicológico, jurídico y policial*. (pp.107-123) Valencia: Tirant lo Blanch.
- Otto, R.K. y Heilbrun, K. (2002). The practice of forensic psychology: A look toward the future in light of the past. *American Psychologist*, 57(1), 5-18.
- Paine, M. y Hansen, D. (2002) Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clinical psychology review*, 22, 271-295.
- Palacios, J. (1995). Los datos del maltrato infantil en España: Una visión de conjunto. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 69-75

- Palmer, R.L. y Oppenheimer, R. (1992). The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *International Journal of Eating Disorders*, 12 (4), 359-364.
- Panie, M.L. y Hansen, D.J. (2002). Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clinical psychology review*, 22 (2), 271-295.
- Paolucci, E.O., Genuis, M.L. y Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135 (1), 17-36.
- Paris, J. (1994). *Borderline personality disorder: A multidimensional approach*. Washington: American Psychiatric Press.
- Paris, J., Zweig-Frank, H. y Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Comprehensive Psychiatry*, 35(4), 301-305.
- Parke, R.D. y Colmer, C.W. (1975). Child abuse: an interdisciplinary analysis. En Hetherington, E. (Ed.). *Review of child development research*. (pp. 509-590). Chicago: University of Chicago Press.
- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B. y Nutzinger, D.O. (2002) Self-injurious behavior in women with eating disorders. *American Journal Psychiatry*, 159 (3), 408-411.
- Pearlman, L.A. (2001). The treatment of persons with complex PTSD and other trauma-related disruptions of the self. En Wilson, J.P., Friedman, M. y Lindy, J. (Eds.). *Treating psychological trauma and PTSD*. (pp. 205-236). New York: Guilford Press.
- Pelkonen, M. y Marttunen, M. (2003). Child and adolescent suicide. Epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Pediatrics Drugs*, 5 (4), 243-265.
- Pereda, N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores*. Universitat de Barcelona: Barcelona.
- Peredea, N. (2006). Perspectiva histórico-cultural del maltrato [Figura]. En Pereda, N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores*. Universitat de Barcelona: Barcelona.

- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.
- Pereda, N. (2010a) El espectro del abuso sexual en la infancia: definición y tipología. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 16, 69-78.
- Pereda, N. (2010b). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Pereda, N. (2011a) La importancia del apoyo social en la intervención con víctimas de abuso sexual infantil: una revisión teórica. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 4, 42-51.
- Pereda, N. (2011b) Resiliencia en niños víctimas de abuso sexual: el papel del entorno familiar y social. *Educación social*, 49, 103-104.
- Pereda, N. (2013). Aspectos metodológicos y epidemiológicos. En Pereda, N y Tamarit, J.M. *Victimología teórica y aplicada*. (pp. 77-103) Barcelona: Huygens.
- Pereda, N. (2013). Criterios a incluir en la definición de victimización infantil [Figura]. En Pereda, N y Tamarit, J.M. *Victimología teórica y aplicada*. Barcelona: Huygens.
- Pereda, N. (2013). Clasificación de las formas de victimización infantil [Figura]. En Pereda, N y Tamarit, J.M. *Victimología teórica y aplicada*. Barcelona: Huygens.
- Pereda, N. (2013). La victimización en la infancia y la adolescencia. En Pereda, N y Tamarit, J.M. *Victimología teórica y aplicada*. (pp. 107-135) Barcelona: Huygens.
- Pereda, N. (2013). La victimología en el contexto de las ciencias sociales. En Pereda, N y Tamarit, J.M. *Victimología teórica y aplicada*. (pp. 21-37) Barcelona: Huygens.
- Pereda, N. (2013). La victimología en el contexto de las ciencias de la salud. En Pereda, N y Tamarit, J.M. *Victimología teórica y aplicada*. (pp. 39-58) Barcelona: Huygens.
- Pereda, N. y Abad, J. (2013). Enfoque multidisciplinar de la exploración de abuso sexual infantil. *Revista española de medicina legal*, 39 (1), 19-25.

- Pereda, N. y Arch, M. (2012). Exploración forense del abuso sexual en la infancia: una revisión de procedimientos e instrumentos. *Papeles del psicólogo*, 33 (1), 36-47.
- Pereda, N. y Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child abuse and neglect*, 31(4), 417-426.
- Pereda, N. y Tamarit, J.M. (2013). La victimidad: dimensión social y política de las víctimas. En Pereda, N y Tamarit, J.M. *Victimología teórica y aplicada*. (pp. 59-76) Barcelona: Huygens.
- Pereda, N., Abad, J. y Guilera, G. (2012) *Victimología del desarrollo. Incidencia y repercusiones de la victimización y la polivictimización en jóvenes catalanes*. Barcelona: Centre d'estudis jurídics i formació especialitzada.
- Pereda, N., Abad, J. y Guilera, G. (2012). Victimización de menores a través de Internet: Descripción y características de las víctimas de online grooming. En Pérez, F. (Ed.), *Delito, pena, política criminal y tecnologías de la información y la comunicación en las modernas ciencias penales* (pp. 91-105). Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Pereda, N., Arch, M., Guerra-González, R., Llerena, G., Berta-Aleman, M., Saccinto, E. y Gascón, E. (2012) Conocimientos y creencias sobre abuso sexual infantil en estudiantes universitarios. *Anales de psicología*, 28 (2), 524-531.
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D. y Padilla, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 131-139
- Pereda, N., Guilera, G. y Abad, J. (2014) Victimización infanto-juvenil en España: una revisión sistemática de estudios epidemiológicos. *Papeles del psicólogo*.35, 66-77.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009a). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clinical psychology review*. 29 (4), 328-338.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009b). The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child abuse and neglect*, 33, 331-342.

- Pérez, M., Sáiz, M. y Sáiz, D. (2005). Aspectos generales de la evaluación en el ámbito jurídico-criminal. En Soria, M.A. y Sáiz, D. (Coords.), *Psicología criminal* (pp. 431-464). Madrid: Pearson Educación.
- Pérez, S.A. (2001) *Psicoterapia para aprender a vivir*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
- Pérez-González, A. y Pereda, N. (2015). Revisión sistemática de la prevalencia de ideación y conducta suicida en menores víctimas de abuso sexual. *Actas Española de Psiquiatría*, 43(4), 149-158
- Perkins, C. (2008). Sexual abuse and bulimia nervosa. *Primary Psychiatry*, 15 (6), 21-21.
- Perrone, R. y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Perry, J.C. y Herman, J.L. (1993). Trauma and defense in the etiology of borderline personality disorder. En Paris, J. (Ed.). *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*. (pp.123-139) Washington: American Psychiatric Press.
- Peters, D.K. y Range, L.M. (1995) Childhood sexual abuse and current suicidality in college women and men. *Child Abuse and Neglect*, 19 (3), 335-341.
- Phillips, M.R., Li, X. y Zhang, Y. (2002). Suicide rates in China, 1995-99. *The Lancet*. 359 (9309), 835-840.
- Pollio, E.S., Glover-Orr, L.E. y Wherry, J.N. (2008). Assessing posttraumatic stress disorder using the Trauma Symptom Checklist for Young Children. *Journal of child sexual abuse*, 17 (1), 89-100.
- Pons-Salvador, G., Martínez, A., Pérez, M. y Borrás, J.J. (2006). La evaluación del abuso sexual infantil: comparación entre informes periciales en función del diagnóstico de abuso. *Intervención psicosocial*, 15 (3), 317- 330.
- Pope Jr., H.G. y Hudson, J. (1996). "Recovered memory" therapy for eating disorders: implications of the Ramona verdict. *International Journal of Eating Disorders*, 19 (2), 139-145.

- Putnam, F.W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (3), 269-278.
- Putnam, F.W., Guroff, J.J., Silberman, E.K., Barban, L. y Post, R.M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: a review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47 (6), 285-293
- Quas, J.A., Goodman, G.S. y Jones, D.P.H. (2003). Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (5), 723-736.
- Redondo, C. y Ortiz, M.R. (2005). El abuso sexual infantil. *Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León*. 45, 3-16.
- Reyes, C. (2008) Exploring the relations among the nature of the abuse, perceived parental support and child's self-concept and trauma symptoms among sexually abused children. *Journal of child sexual abuse*, 17 (1), 51-70.
- Rich, C.L., Gidycz, C.A., Waarketin, J.B., Loh, C. y Weiland, P. (2005). Child and adolescent abuse and subsequent victimization: a prospective study. *Child abuse and neglect*, 29 (12), 1373-1394
- Rincón, P., Covas, F., Bustos, P., Aedo, S. y Valdivia, M. (2010). Estrés Postraumático en Niños y Adolescentes Abusados Sexualmente. *Revista Chilena de Pediatría*, 81 (3), 234-240
- Rind, B., Tromovich, P. y Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, 124 (1), 22-53.
- Rivera-Vélez, G.M., González-Viruent, M., Martínez-Taboas, A. y Pérez-Mójica, D. (2014). Post traumatic stress disorder, dissociation and neuropsychological performance in latina victims of childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23 (1), 55-73.
- Rodríguez, M. y Guerrero S. (2005). Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (3), 343-354.

- Rodríguez, M., Pérez, V. y García, Y. (2005). Impact of traumatic experiences and violent acts upon response to treatment in a sample of Colombian women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37 (4), 299-306.
- Román, Y. (Coord.) (2012). *La justicia española frente al abuso sexual infantil en el entorno familiar. Un análisis de casos a la luz de los estándares internacionales de derechos humanos*. Madrid: Save the Children España.
- Roodman, A.A. y Clum, G.A. (2001). Revictimization rates and method variance: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 21, 183-204.
- Ross, C.A. (1989). *Multiple Personality Disorder: diagnosis, clinical features and treatment*. New York: John Wiley and Sons.
- Ross, C.A. (1997). *Dissociative Identity Disorder*. New York: John Wiley and Sons.
- Ross, C.A., Anderson G., Fleisher W.P. y Norton, R. (1991). The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 148 (12), 1717-1720.
- Roussos, A., Karantanos, G., Richardson, C., Hartman, C., Karajianis, D., Kyprianos, S., Lazaratou, H., Mahaira, O., Tassi, M. y Zoubou, V. (1999). Achenbach's Child Behavior Checklist and Teachers' Report Form in a normative sample of greek children 6-12 years old. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8 (3), 165-172.
- Roy A. (2004). Relationship of childhood trauma to age of first suicide attempt and number of attempts in substance dependent patients. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 109 (2), 121-125.
- Rueda, G., Díaz, A. Rangel, A., Castro, V. y Camacho, P.A. (2011) Diferencias de género en pacientes con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40 (4), 637-646.
- Ruggiero, K.J. y McLeer, S.V. (2000). PTSD scale of the Child Behavior Checklist: Concurrent and Discriminant Validity with Non-Clinic-Referred Sexually Abused Children. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), 287-299.

- Runyon, M., Spandorfer, E. y Schoreder, C. (2014) Cognitions and distress in caregivers after their child's sexual abuse disclosure. *Journal of child sexual abuse*, 23(2), 146-159.
- Saborío, C. (2005). Estrategias de evaluación psicológica en el ámbito forense. *Medicina Legal de Costa Rica*, 22 (1), 41-63.
- Sandaña, C., Jiménez, J. y Oliva, A. (1995). El maltrato infantil en España: Un estudio a través de los expedientes de menores. *Infancia y aprendizaje*, 71, 59-68.
- Sandnabba, N.K., Santtila, P., Wannäs, M. y Krook, K. (2003). Age and gender specific sexual behaviors in children. *Child Abuse and Neglect*, 27 (6), 579-605.
- Sanmartín, J. (Dir.) (2002). *Maltrato infantil en la familia. España (1997/1998)*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Sanmartín, J. (2008). Concepto, tipos e incidencia. En Sanmartín, J (Coord.) *Violencia contra niños*. (4ª Edición), (pp. 17-44). Barcelona: Ariel.
- Sanmartín, J. (2011). (Dir.). *Maltrato infantil en la familia en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Sanz, J. y García, M.P. (2013) Directrices para seleccionar test psicológicos en el ámbito clínico forense. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 13, 105-147.
- Sardinero, E., Pedreira, J.L. y Muñiz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clínica y Salud*, 8 (3), 447-80
- Scortegagna, S.A. y Villemor-Amaral, A.E. (2012). The use of the Rorschach method in the investigation of sexual abuse of children. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22 (52), 261-269.
- Scott, M.T., Manzanero, A.L., Muñoz, J.M. y Köhnken, G. (2014) Admisibilidad en contextos forenses de indicadores clínicos para la detección del abuso sexual infantil. *Anuario de Psicología Jurídica*, 24 (1), 57-63.

- Sedlak, A.J., Mettenburg, J., Basena, M., Peta, I., McPherson, K. y Greene, A. (2010). *Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4)*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Seijo, D., Fariña, F. y Vilariño, M. (2014). Procedimientos y técnicas para la evaluación psicológica forense. En Souto, S., Souto, A. y Fariña, F. (Coords), *Salud y Bienestar* (pp. 25-54) Granada: GEU Editorial.
- Shakeshaft, C. (2004). *Educator sexual misconduct: a synthesis of existing literatura*. U.S. Department of Education Document PPSS 2004-09. US Department of Education.
- Sicher, P., Lewis, O., Sargent, J., Chaffin, M., Friedrich, W.N., Cunningham, N., Thomas, R., Thomas, P. y Villani, V.S. (2000). Developing child abuse prevention, identification, and treatment systems in Eastern Europe. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(5), 660-667.
- Silk, K.R., Lee, S., y Hill, E.M. (1995). Borderline Personality Disorder Symptoms. *Americam Journal Psychiatry*, 152 (7), 1059-1064.
- Simpson, S. y Jamison, K. (1999). The Risk of Suicide in Patients with Bipolar Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (2), 53-56.
- Skodol, A.E, Bender, D.S., Oldham, J.M., Clark, L.A., Morey, L.C., Verheul, R., Krueger, R.F. y Siever, L.J. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part II: clinical application. *Journal of Personality Disorders: theory, research and treatment*, 2(1), 23-40.
- Smith, D., Sawyer, G.K., Jones, L., Cross, T., McCart, M. y Ralston, M.E. (2010). Mother reports of maternal support following child sexual abuse: preliminary psychometric data on the maternal self-reported support questionnaire (MSSQ). *Child abuse and neglect*, 34 (10), 784-792.
- Smolak, L., Levine, M.P. y Sullins, E. (1990). Are child sexual experiences related to eating disordered attitudes and behaviors in a college sample? *International Journal of Eating Disorders*, 9 (2), 167-178.

- Soanes, K. y Swann, G. (2006). Suffer the children. *Emergency Nurse*, 14 (2), 17-19.
- Soler, C.L. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13(3), 159-174.
- Soler, P.A. y Gascón, J. (2005). *RTM III. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. Barcelona: Ars Medica.
- Sorenson, T. y Snow, B. (1991). How children tell: the process of disclosure in child sexual abuse. *Child Welfare*, 70 (1), 3-15.
- Soria, M.A. (2002) Los tests psicológicos en la práctica forense. En Soria, M. A. (Coord.) *Manual de psicología penal y forense* (pp. 293-333) Barcelona: Atelier libros.
- Soria, M.A. (2002). La evaluación de la victimización criminal. En Soria, M.A. (Coord.) *Manual de psicología penal y forense* (pp. 623-654) Barcelona: Atelier libros.
- Sourander, A., Hestelä, L. y Helenius, H. (1999). Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Society of Psychiatric Epidemiology*, 34 (12), 657-663.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116 (2), 340-362.
- Spirito, A. y Esposito-Smythers, C. (2006). Attempted and completed suicide in adolescence. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 237-66.
- Spitzer, C., Barnow, S., Grabe, H. J., Klauer, T., Schneider, W., Freyberger, H.J. y Stieglitz, R.D. (2006) Frequency, Clinical and Demographic Correlates of Pathological Dissociation in Europe. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7(1), 51-62.
- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J. y Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: Abuse-related characteristics, coping strategies and attributional style. *Child Abuse and Neglect*, 28 (7), 785-801

- Steiger, H., Richardson, J., Schmitz, N., Israel, M., Bruce, K.R. y Gauvin, L. (2010). Trait-defined eating-disorder subtypes and history of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 43 (5), 428-432.
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M.H., Euser, E.M. y Bakermans-Kranenburg, M.J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, 16(2), 79-101.
- Stover, C.S. y Berkowitz, S. (2005). Assessing violence exposure and trauma symptoms in young children: A critical review of measures. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (6), 707-717.
- Strand, V., Pasquale, L. y Sarmiento, T. (2006) *Child and adolescent trauma measures: a review*. Recuperado de http://www.ncswtraumaed.org/wp-content/uploads/2011/07/Child-and-Adolescent-Trauma-Measures_A-Review-with-Measures.pdf
- Strand, V., Sarmiento, T. y Pasquale, L. (2005) Assessment and screening tools for trauma in children and adolescents: a review. *Trauma violence and abuse*, 6 (1), 55-78.
- Strickland, S.M. (2008). Female sex offenders: Exploring issues of personality, trauma, and cognitive distortions. *Journal of Interpersonal Violence*, 23 (4), 474-489.
- STS de 1 de junio de 1962 (RJ 1962\2502)
- Suárez-Mira, C. (2014). Agresiones y abusos sexuales a menores. En Lameiras M. y Orts, E. (Coords.) *Delitos sexuales contra menores. Abordaje psicológico, jurídico y policial*. (pp.71-86) Valencia: Tirant lo Blanch.
- Summit, R.C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child abuse and neglect*, 7 (2), 177-193.
- Tamarit, J.M. (2006). La victimología: cuestiones conceptuales y metodológicas. En Baca, E., Echeburúa, E. y Tamarit, J. (Ed.). *Manual de victimología*. Valencia: Tirant lo Blanch

- Tamarit, J.M. (2013). La respuesta jurídica ante la victimización de menores. En Pereda, N y Tamarit, J.M. *Victimología teórica y aplicada*. (pp. 137-158) Barcelona: Huygens.
- Tamaryn, N. (2013). Problemas particulares. En Tamaryn, N. *Y de mi sufrimiento, ¿qué? Un recorrido por la psicopatología infantil*. (pp.418-449). Madrid: Autor-Editor.
- Thurber, S. y Snow, M. (1990). Assessment of adolescent psychopathology: comparison of mother and daughter perspectives. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (3), 249-253.
- Tishelman, A.C. y Geffner, R. (2010a). Forensic, cultural and systems issues in child sexual abuse cases—Part 1: An introduction. *Journal of child sexual abuse*, 19 (5), 485-490.
- Tishelman, A.C. y Geffner, R. (2010b). Forensic, Cultural and Systems Issues in Child Sexual Abuse Cases—Part 2: Research and Practitioner Issues. *Journal of child sexual abuse*, 19 (6), 609-617.
- Tishelman, A.C., Meyer, S.K., Haney, P. y McLeod, S.K. (2010). The clinical–forensic dichotomy in sexual abuse evaluations: Moving toward an integrative model. *Journal of child sexual abuse*, 19 (5), 590-608.
- Tong, L., Oates, K. y McDowell, M. (1987). Personality development following sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 11 (3), 371-383
- Tonmyr, L., Draca, J., Crain, J. y MacMillan, H. (2011) Measurement of emotional / psychological child maltreatment: a review. *Child abuse and neglect*, 35 (10), 767-782.
- Trepper, T y Barrett, M. (1989). The multiple systems model. En Trepper, T y Barrett, M. *Systemic treatment of incest: a therapeutic handbook* (pp.14-30). New York: Brunner-Routledge.
- Trowell, J., Ugarte, B., Kolvin, I., Berelowitz, M. y Sadowski, J. (1999). Le Couteur A: Behavioural psychopathology of child sexual abuse in school girls referred to a tertiary centre: A North London study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8 (2), 107-116.

- Turner, H.A., Finkeelhor, D. y Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American journal of preventive medicine*, 38 (3), 323-330.
- Turner, H.A., Finkelhor, D., Hamby, S.L. y Shattuck, A. (2013). Family structure, victimization and child mental health in a nationally representative sample. *Social science and medicine*, 87, 39-51.
- Ullman, S. (2002) Social reactions to child sexual abuse disclosures: a critical review. *Journal of child sexual abuse*, 12 (1), 89-121.
- Ullman, S. (2007) Relationship to perpetrator, disclosure, social reactions and PTSD symptoms in child sexual abuse survivors. *Journal of child sexual abuse*, 16 (1), 19-36.
- Underwager, R. y Wakefield, H. (1994). *Return of the furies. An Investigation into Recovered Memory Therapy*. Illinois: Open Court Publishing Company.
- Van Den Bosch, L.M., Verheul, R., Langeland, W. y Brink, W.V.D. (2003). Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37 (5), 549-555.
- Van der Hart, O., Bolt, H. y Van der Kolk, B.A. (2005) Memory Fragmentation in Dissociative Identity Disorder. *Journal of Trauma y Dissociation*, 6 (1), 55-70.
- Van Der Kolk, B.A., Perry, J.C, y Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 148 (12), 1665-1671.
- Van Der Kolk, B.A., Rothc, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., y Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 389-399.
- Vázquez, B. y Calle, M. (1997). Secuelas postraumáticas en niños. Análisis prospectivo de una muestra de casos de abuso sexual denunciados. *Revista española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 1, 14-29.
- Velázquez, M., Delgadillo, L.G. y González, L. (2013) Abuso sexual infantil, técnicas básicas para su atención. *Rev. Reflexiones*, 92 (1), 131-139.

- Vilardell-Molas, J., Mohino-Justes, S., Idiakez-Alberdi, I. y Martí-Agustí, G. (2006). Abuso sexual de menores. *Medicina Clínica*, 126 (6), 223-231.
- Vitriol G.V., Vásquez, M., Iturra, L.I. y Muñoz, R.C. (2007). Diagnóstico y abordaje de secuelas por abuso sexual infantil, en tres mujeres consultantes a un servicio de salud mental de hospital general. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45 (1), 20-28.
- Wager, N.M. (2013). Sexual revictimization: double betrayal and the risk associated with dissociative amnesia. *Journal of child sexual abuse*, 22 (7), 878-899.
- Waller, G. y Ruddock, A. (1993). Sexual abuse and Psycopathology. *Child Abuse Review*, 2 (3), 185-195.
- Waller, N.G., y Ross, C.A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psycology*, 106 (4), 499-510.
- Walrath, C., Ybarra, M., Holden, E.W., Liao, Q., Santiago, R. y Leaf, P. (2003). Children with reported histories of sexual abuse: utilizing multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. *Child abuse and neglect*, 27(5), 509-524.
- Washburn, J.J., Richardt, S.L., Styer, D.M, Gedhardt, M., Juzwin, K.R., Yourek, A. y Aldridge, D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6 (1), 1-8.
- Wherry, J., Berres, A.K., Sim, L. y Friedrich, W. (2009). Factor structure of the adolescent clinical sexual behavior inventory. *Journal of child sexual abuse*, 18 (3), 233-246.
- Wherry, J., Corson, K. y Hunsaker, S. (2013). A short form of the Trauma Symptom Checklist for Young Children using a clinical sample of sexually abused outpatients. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22 (7), 796-821.
- Wherry, J., Graves, L. y Rhodes, H. (2008). The convergent validity of the Trauma Symptom Checklist for Young Children for a sample of sexually abused outpatients. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17 (1), 38-50.

- Wherry, J., Hunsaker, S.F., Pettigrew, H.V., Conaway, I., Trejos-Castillo, E., Caldera, Y., Borrego, J. y Cordero, L. (2014). Reliability and validity of the Trauma Symptom Checklist for Young children – Spanish version. *Journal of child and adolescent trauma*, 7 (1), 3-12.
- Whitaker, D.J., Le, B., Hanson, R.K., Baker, C.K., McMahon, P.M., Ryan, G., Klein, A. y Rice, D.D. (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child abuse and neglect*, 32 (5), 529-548.
- Whitfield, C.L., Anda, R.F., Dube S.R. y Felitti, V.J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: assessment in a large health maintenance organization. *Journal of interpersonal violence*, 18, 166-185.
- Whyatt, W.J. (2007). A behavior analytic look at contemporary issues in the assessment of child sexual abuse. *The behavior analyst today*, 8 (2), 145-162.
- Willson, G. T. y Smith, D. (1989). Assessment of bulimia nervosa: An evaluation of the eating disorders examination. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (2), 173-179.
- Wind, T.W. y Silvern, L. (1994). Parenting and family stress as mediators of the long-term effects of child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18 (5), 439-453.
- Winterstein, M., Stein, B., Knapp, P. y Ryan, B. (2001). Assessment of Child Crime Victims. En Winterstein, M., Scribner, S.R. (Eds.). *Mental health care for child crime victims: standards of care task force guidelines*. (pp.4-1-4-20). Sacramento, California USA: Victim compensation and government claims board, victims of crime program.
- Wise, D. (2011). Child abuse assessment. En Hersen, M. (Ed.). *Clinician's handbook of child behavioral assessment*. (pp. 549-568). London: Elsevier Academic Press.
- Wolak, J., Finkelhor, D., Mitchell, K.E. y Ybarra, M.J. (2008). Online predators and their victims. Myths, realities, and implications for prevention and treatment. *American psychologist*, 63 (2), 111-128.
- Wolfe, D. (1987). *Child abuse: implications for child development and psychopathology*. London: Sage Publications.

- Wolfe, V.V. (2007). Child sexual abuse. En Mash, E.J. y Barkley, R.A. (Eds.). *Assessment of childhood disorders*. (4ª Ed.) (pp. 685-748). New York: The Guilford Press.
- Wolfe, V. V. y Birt, J. (1997). Child sexual abuse. En Mash, E.J. y Terdal, L.G. (Eds.). *Assessment of childhood disorders* (3ª ed). (pp. 569–623). New York: Guilford Press
- Wolfe, V.V., Gentile, C. y Wolfe, D.A. (1989). The impact of sexual abuse on children: a PTSD formulation. *Behavioral Therapy*, 20 (2), 215-228.
- Wolpaw, J., Ford, J., Newman, E., Davis, J. y Briere, J. (2005). Trauma symptom checklist for children. En Grisso, T., Vincent, G. y Seagrave, D. *Mental health screening and assessment in juvenile justice*. (pp.152-165) New York: The Guilford Press.
- Wonderlich, S.A. y Crosby, R. (2001). Sexual abuse and disorders of the food conduct in children. *International Journal of Eating Disorders*, 29 (3), 270-279.
- Wonderlich, S.A., Harris, T.R., Wilsnack, R.W. y Wilsnack, S.C. (1996). Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample. *American Journal of Public Health*, 86 (8), 1082-1086.
- Woods, E.R., Lin, Y.G., Middleman, A., Beckford, P., Chase, L. y DuRant, R.H. (1997). The associations of suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 99 (6), 791-796
- World Health Organization. Burden of Mental and Behavioral Disorders (2001). *The World Health Report*, 37-38.
- World Health Organization, Child Health and Development Division of Family Health, Injury Prevention Programme Division of Emergency and Humanitarian Action and Division of Mental Health (1994). *Protocol for the study of interpersonal physical abuse of children*. Switzerland: Geneva.
- Wright, M.O., Crawford, E. y Sebastian, K. (2007). Positive resolution of childhood sexual abuse experiences: The role of coping, benefit-finding and meaning-making. *Journal of Family Violence*, 22 (7), 597-608.

- Ystgaard, M., Reinholdt, N.P., Husby, J. y Mehlum, L. (2003). Deliberate self-harm in adolescents. *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 123 (16), 2241-2245.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Marino, M.F., Lewis, R.E., Williams, A.A. y Khera, G.S. (2000). Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *Journal of personality disorders*, 14(3), 264-273.
- Zlotnick, C., Mattia, J. y Zimmerman, M. (2001). Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. *Child Abuse and Neglect*, 25(3), 357-367.